



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

ANNEXE

DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCER LA PROFESSION DE PSYCHOTHÉRAPEUTE

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Lieu de naissance :

Date de naissance :

Nationalité :

Adresse domicile :

N° :

Code postal :

Localité :

Pays :

Tél. privé :

Fax privé :

Adresse professionnelle :

N° :

Code postal :

Localité :

Date d'établissement :

Tél. professionnel :

Fax professionnel :

GSM :

E-mail :

Adresse pour courrier :

domicile

professionnelle

1 - ÉTUDES

ÉTUDES PRIMAIRES, SECONDAIRES

Nom de l'université	Durée des études		Diplôme ou certificat obtenu
	de	à	

ÉTUDES SUPÉRIEURES

Nom de l'université	Durée des études		Diplôme ou certificat obtenu
	de	à	

FORMATION EN PSYCHOTHÉRAPIE

Nom de l'université	Durée des études		Diplôme ou certificat obtenu
	de	à	

2 - EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

Indiquez avec précision votre exercice professionnel antérieur.

3 - ÉTABLISSEMENT LÉgal DANS UN OU PLUSIEURS ETATS MEMBRES DE L'UNION EUROPÉENNE

Êtes-vous légalement établi(e) dans un autre Etat membre de l'Union européenne pour exercer la profession de psychothérapeute

Oui Non

Si Oui,

Indiquez la profession exercée¹ dans l'Etat membre où vous êtes établi(e) :²

Faites-vous partie d'un ordre professionnel ou d'un organisme équivalent ?³

Oui Non

Si Oui,

Indiquez lequel, les coordonnées correspondantes et votre numéro de registre.

Disposez-vous d'une couverture d'assurance ou d'autres moyens de protection personnelle ou collective concernant la responsabilité professionnelle découlant de l'exercice de votre profession?⁴

Oui Non

Commentaires éventuels :

¹ Veuillez indiquer l'intitulé de la profession dans la langue de l'Etat membre où vous êtes établi(e), ainsi que dans la langue de l'Etat membre d'accueil ou, subsidiairement, en anglais, français ou allemand.

² Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement.

³ Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement.

⁴ Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement.

4 - CONNAISSANCES LINGUISTIQUES

Indiquez votre niveau de connaissance de la manière suivante :

0 = pas de notions	1 = élémentaire, scolaire	2 = connaissance pratique suffisante
3 = approfondie	4 = excellente	

Langue maternelle	
-------------------	--

Langue	Expression orale	Expression écrite	Lecture	Compréhension
luxembourgeoise				
française				
allemande				
Autre(s)				

5 - HONORABILITE PROFESSIONNELLE

Est-ce que vous faites l'objet d'une suspension ou d'une interdiction d'exercice de la profession en raison d'une faute professionnelle ou d'une infraction pénale ?

Oui Non

Si Oui, expliquez :

Est-ce qu'une instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction disciplinaire ou pénale, est en cours à votre encontre ?

Oui Non

Si Oui, expliquez :

6 - AUTRES OBSERVATIONS

Par la présente j'affirme sur l'honneur que les informations fournies sont **sincères**, véritables et complètes.

(Lieu)

le _____
(Date)

(Signature)