



# AFRATAPEM – Ecole d'Art-thérapie de Tours

Association Française de Recherches et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie Et Médecine

8bis rue Daniel Mayer 37100 TOURS – Tél : 02.47.51.86.20 – contact@afratapem.fr

## DELEGATIONS REGIONALES

**RÔLE :** Proposer aux art-thérapeutes diplômé.e.s un regroupement en région afin d'être identifiés par les institutions locales. Les délégations régionales proposent la mise en place de réunions, échanges de connaissances, groupes de travail, conférences, formations... Les délégations sont libres de refuser tout art-thérapeute qui ne répondrait aux objectifs fixés par le regroupement. Les activités organisées par les délégations viennent en complément d'un cursus d'art-thérapie.

### Fiche d'inscription

NOM :	Prénom :
Adresse :	
Tél :	
Mail :	
Statut actuel :	

#### Je souhaite intégrer la Délégation Régionale de :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Auvergne-Rhône-Alpes | <input type="checkbox"/> Hauts de France       | <input type="checkbox"/> Pays de Loire |
| <input type="checkbox"/> Bretagne             | <input type="checkbox"/> Nouvelle Aquitaine    | <input type="checkbox"/> Autres .....  |
| <input type="checkbox"/> Occitanie            | <input type="checkbox"/> Alsace - Grand-Est    |  |
| <input type="checkbox"/> Centre Val de Loire  | <input type="checkbox"/> Paris - Ile de France |  |

**Je suis adhérent.e à l'AFRATAPEM**  OUI N° adh ..... année en cours  NON

**Je suis inscrit.e à la Guilde des art-thérapeutes Afratapem**  OUI  NON

**Formé(e) à l'art-thérapie moderne (Afratapem) :** année .....

**DU Art-thérapie :** année : ..... **de :**  Tours  Poitiers  Lille  Grenoble

*Joindre :* copie du DU, copie de la 1<sup>ère</sup> et 4<sup>ème</sup> de couverture du mémoire

**Techniques artistiques pratiquées :** .....

**Publics :** .....

**MODALITES D'INSCRIPTION :** 1/ Envoyer la fiche d'inscription complétée à [delegations.regionales@afratapem.fr](mailto:delegations.regionales@afratapem.fr) 2/ Paiement de l'adhésion annuelle après validation de l'inscription 3/ Mise en relation avec coordonnateur.ice de la délégation ;

**Clause de radiation :** J'accepte et je m'engage à respecter les règles de fonctionnement des Délégations Régionales en pratiquant l'Art-thérapie moderne, en respectant le Code de déontologie disponible sur le site à [www.art-therapie-tours.net/code-de-deontologie/](http://www.art-therapie-tours.net/code-de-deontologie/) et à acquitter ma cotisation à l'Afratapem chaque année.

**Lu et approuvé, le** ..... **Signature :**