

Demande d'adhésion à l'AFRISTHEF

Afin de faciliter votre adhésion à l'AFRISTHEF, voici quelques informations tirées des statuts :

L'AFRISTHEF est affiliée à l'ASTHEFIS (Association Suisse de Thérapies de Famille et Interventions Systémiques). Elle poursuit notamment les buts suivants :

- rassembler les personnes qui pratiquent des thérapies de famille et des interventions systémiques, promouvoir et soutenir la pratique des thérapies de famille et des interventions systémiques.
- représenter et défendre les intérêts de la thérapie de famille et de l'intervention systémique auprès des autorités cantonales fribourgeoises.
- favoriser les relations entre les divers secteurs et personnes se référant au mode d'intervention systémique.
- favoriser les échanges avec d'autres associations.
- favoriser et organiser la diffusion de l'information sur les thérapies de famille et les interventions systémiques.
- favoriser la création de groupes d'intervention et de séminaires de lecture.
- développer la réflexion sur les problèmes d'éthique et de déontologie tant pour l'enseignement que pour la pratique thérapeutique.

L'Association est neutre au point de vue confessionnel et politique

Peuvent devenir membres, les personnes qui, par leur activité professionnelle, sont intéressées aux thérapies de famille et aux interventions systémiques.

La demande d'admission doit être adressée par écrit au Président de l'Association. Il sera joint à la demande un bref descriptif de l'itinéraire professionnel et des activités en cours.

Le Comité soumet, avec la convocation, chaque année, la liste des nouveaux membres à l'Assemblée Générale pour ratification.

La cotisation des membres a été fixée à 60 francs par an.

Nous vous souhaitons d'ores et déjà la bienvenue.

La demande est à envoyer au Président de l'AFRISTHEF :

M. Frédéric Leuba
Centre Bertigny
Avenue Jean-Paul II 5a
1752 Villars-sur-Glâne

J'ai pris connaissance des conditions d'admission à l'AFRISTHEF et je vous confirme mon intention d'affiliation.

Nom, Prénom Rue / N°

Profession NPA / Localité

E-Mail.....

Lieu et date

Signature

Annexe : - Descriptif de mon activité professionnelle