FÉDÉRATION FRANÇAISE DES MUSICOTHÉRAPEUTES

SECRÉTARIAT
contact@musicotherapeutes.fr

DOSSIER SIMPLIFIÉ DE CANDIDATURE À LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES MUSICOTHÉRAPEUTES

À DESTINATION DES MUSICOTHÉRAPEUTES EN EXECRCICE

Document simplifié à l'usage des personnes issues d'organismes de formation agréés par la Fédération Française des Musicothérapeutes (liste sur le site internet)

Pour les candidatures de personnes non issues de formations agréées, merci de télécharger le dossier complet disponible sur le site internet de la Fédération :
www.musicotherapeutes.fr

Pour remplir et signer ce document PDF, utilisez la fonction de pré-remplissage ou « remplir et signer » de votre logiciel puis enregistrez les modifications ou imprimez, remplissez et scannez le document. Dans les deux cas, déposez le sur le site de la Fédération **www.musicotherapeutes.fr** dans la rubrique « Première adhésion ».

Pièces à joindre au dossier (tout dossier incomplet ne pourra être traité) :
- Ce dossier de candidature complété et signé
- La copie du certificat de formation ou du diplôme de musicothérapie
- Une lettre de motivation
- Un curriculum vitae actualisé

Si votre dossier est accepté, sachez que toute adhésion à la Fédération Française des Musicothérapeutes vous engage à vous acquitter d'une cotisation annuelle.

INFORMATIONS PERSONNELLES **NON COMMUNIQUÉES PUBLIQUEMENT** (pour notre registre interne)

☐ Monsieur ☐ Madame

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance : / /

Adresse personnelle :

Code postal : Ville/Pays :

Téléphone :

Email :

INFORMATIONS **COMMUNIQUÉES PUBLIQUEMENT SUR LE SITE** DANS LE REGISTRE NATIONAL DES MUSICOTHÉRAPEUTES SI VOTRE DOSSIER EST ACCEPTÉ

NOM :

PRÉNO

Adresse professionnelle (qui peut être aussi votre adresse personnelle) :

Code postal : Ville/Pays :

Téléphone :

Email :

Cadre de travail (institutionnel, libéral, enfants, adultes…) :

FORMATION **GÉNÉRALE**

Diplômes de formation générale et universitaire obtenus (baccalauréat…) :

Autres diplômes professionnels éventuellement obtenus (BTS, Master…), formations complémentaires éventuelles ou autres renseignements utiles :

FORMATION PROFESSIONNELLE À LA **MUSICOTHÉRAPIE**

Organisme de formation à la musicothérapie :

Années de la formation : / /

Année d'obtention du diplôme ou du certificat (joindre une copie) :

Titre ou thème de votre mémoire :

Date de votre soutenance :

Directeur de mémoire :

EXERCICE PROFESSIONNEL

Lieux professionnels d'exercice actuel de la musicothérapie :

Afin de mieux connaître le terrain de la musicothérapie française à l'heure actuelle, il serait important de préciser aussi le statut exact dans lequel vous exercez votre activité de musicothérapeute (par exemple : poste d'orthophoniste ou d'artiste-intervenant… ou de musicothérapeute) ; combien d'heures consacrez-vous à votre exercice de la musicothérapie ? Êtes-vous salarié, vacataire ?

Dans quel cadre effectuez-vous la supervision de votre exercice professionnel ?

RENSEIGNEMENTS ANNEXES

Participation à une ou d'autres associations de professionnels (psychothérapie ? Art-thérapie ?...) :

Je soussigné(e) _____

Cochez les cases après les avoir lues

☐ certifie sur l'honneur de l'authenticité des renseignements concernant ma formation et ma pratique professionnelle de la musicothérapie.

☐ demande à être affilié(e) à la Fédération Française des Musicothérapeutes et à être inscrit au registre national des musicothérapeutes.

☐ ai bien noté que l'adhésion à l'association est conditionnée par une cotisation annuelle (année civile).

☐ déclare avoir pris connaissance et signé le code de déontologie de la Fédération Française des Musicothérapeutes.

☐ déclare avoir pris connaissance des statuts de la Fédération Française des Musicothérapeutes.

☐ déclare avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de la Fédération française des musicothérapeutes.

☐ atteste que ma pratique professionnelle est supervisée (ou en cours de recherche pour les jeunes diplômés), conformément au code de déontologie.

☐ m'engage à poursuivre ma formation continue, conformément au code de déontologie.

☐ accepte que les informations que j'ai données pour la publication dans le registre national soient affichées publiquement.

☐ accepte de transmettre des données personnelles à la Fédération Française des Musicothérapeutes. Les informations recueillies sont nécessaires pour valider votre demande d'adhésion. Vos données font l'objet d'un traitement informatique. Les données que vous acceptez de communiquer publiquement seront visibles dans le registre public de la Fédération, publié sur le site internet. Les données personnelles sont uniquement destinées au secrétariat de la Fédération. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez adresser votre demande à **contact@musicotherapeutes.fr**

☐ accepte de recevoir la Newsletter de la Fédération Française des Musicothérapeutes (nous communiquons toutes nos informations par ce biais, y compris les informations importantes comme les Assemblées Générales, les élections, etc.)

☐ souhaite profiter du tarif préférentiel pour cotiser à la SACEM pour l'année à venir (45,61 HT au lieu de 131,46 HT, obligatoire pour les musicothérapeutes libéraux diffusant de la musique en cabinet ou à domicile)

Fait à _____

Le _____

Signature