



ASSOCIATION
DES PSYCHOLOGUES
PSYCHODIAGNOSTICIEN·NES
DE L'ÉCOLE DE LAUSANNE

formulaire d'admission

NOM

PRÉNOM

ADRESSE

CP

VILLE

TEL. MOBILE

EMAIL

DATE

SIGNATURE

Par ma signature, j'atteste être en possession d'un master en psychologie ou titre jugé équivalent.
A renvoyer à l'adresse mail suivante : info@psychodiagnostic.ch