

Ce modèle de portfolio est rédigé sur base de celui de l’INAMI/SPF et récolte des informations similaires aux documents qu’ils ont fournis.

PORTFOLIO

**Pour que votre portfolio soit recevable, il doit être impérativement présenté sous forme d’un fichier unique au format PDF.**

Nous vous proposons un tutoriel pour vous y aider : [cliquer ici](http://psynam.be/wp-content/uploads/2023/06/PSYNAM-Astuces-pour-constituer-votre-portfolio.docx)

|  |
| --- |
| **DOCUMENTS À JOINDRE AU PORTFOLIO (dans l’ordre)** |

* Votre CV
* Données d’identification / Coordonnées professionnelles (voir page suivante)
* Visa et agrément
* Diplômes
* Formation continue (joindre si possible des attestations de présence ou certificats)
* Expertise et expérience dans le groupe d’âge du public cible\*
* Expertise ou expérience dans un domaine spécifique, une méthode (d’entretien) ou une problématique (psychique)/plainte \*
* Activités scientifiques (articles, etc.)
* Attestation sur l’honneur (voir Annexe 1)
* Déclaration d’adhésion (voir Annexe 2)

*\* L'expertise doit être démontrée par des preuves de formation, la participation à des conférences ou, dans le cas d'une expertise clinique, par une déclaration d'un employeur ou d’une déclaration sur l’honneur (ci-joint).*

|  |
| --- |
| **DONNEES D’IDENTIFICATION** |

* Noms :
* Prénoms :
* Numéros de registre national :
* Compétences linguistiques :

|  |
| --- |
| **COORDONNEES PROFESSIONNELLES** |

* Adresse e-mail :
* Numéro de téléphone :
* Lieu(x) de prestations de soins :

Nom du cabinet 1 (ou de groupe) :

Adresse du cabinet 1 :

Nature du lieu 1 :

***(Cabinet multidisciplinaire, cabinet privé, organisation/centre associé, équipe de soins, etc.)***

Nom du cabinet 2 (ou de groupe) :

Adresse du cabinet 2 :

Nature du lieu 2 :

***(Cabinet multidisciplinaire, cabinet privé, organisation/centre associé, équipe de soins, etc.)***

Nom du cabinet 3 (ou de groupe) :

Adresse du cabinet 3 :

Nature du lieu 3 :

***(Cabinet multidisciplinaire, cabinet privé, organisation/centre associé, équipe de soins, etc.)***

* Numéro INAMI (si d’application) :

**ANNEXE 1**

|  |
| --- |
| ATTESTATION SUR L’HONNEUR**(document à signer)** |

Je soussigné (NOM Prénom). atteste par la présente :

* Disposer d’une expérience clinique professionnelle en tant que
	+ psychologue clinicien
	+ orthopédagogue clinicien

(biffer la mention inutile)

* Avoir acquis une expertise concernant soit :
	+ Un public cible (biffer les mentions inutiles) :
		- Petite enfance
		- Enfance
		- Adolescence
		- Adulte
		- Senior
	+ Une problématique spécifique de soins en santé mentale
		- ………………………………………………………………………………………….
		- ………………………………………………………………………………………….
		- ………………………………………………………………………………………….
		- ………………………………………………………………………………………….
		- ………………………………………………………………………………………….
	+ Une méthode/technique d’entretien, de traitement, etc.
		- ………………………………………………………………………………………….
		- ………………………………………………………………………………………….
		- ………………………………………………………………………………………….
		- ………………………………………………………………………………………….
		- ………………………………………………………………………………………….
* Avoir démontré ces expertises au moyen de justificatifs transmises dans le portfolio.
* Déclarer comme sincère toute déclaration qui ne peut être démontrée au moyen de diplôme ou d’attestation de formation ou de participation.
* Déclarer qu'aucune mesure disciplinaire n'est actuellement en cours concernant son affectation en tant que psychologue clinicien/orthopédagogue.

Je certifie la présente sincère et conforme.

Date Signature

......................................... .........................................

**ANNEXE 2**

|  |
| --- |
| DECLARATION D’ADHESION**(document à signer)** |

En validant mon portfolio pour intégrer le dispositif des soins psychologiques dans la première ligne, je confirme m’être informé sur le contenu de la convention et en partager la vision.

J’ai bien conscience que signer la convention m’engage à  :

* Mettre en œuvre des pratiques innovantes parmi les suivantes :
	+ travail en lieu d’accroche
	+ organisation de séances de groupes
	+ Soutenir les professionnels de la première ligne
* Rencontrer des publics spécifiques parmi les suivants :
	+ Publics vulnérables
	+ Publics qui nécessitent une facilité d’accès aux soins
	+ Petite enfance
	+ Personnes âgées
* Respecter :
	+ Le volume d’heure de consultations qui m’est attribué
	+ L’encodage régulier de mes prestations
	+ La participation à minimum 3 intervisions par an
	+ La participation à la formation organisée par les réseaux
* M’inscrire dans une pratique de réseau en collaboration avec les acteurs de la première ligne

Date Signature

......................................... .........................................