**Formulaire d’inscription**

**\*\*\***

**Examen en vue de l'obtention de Ia formation approfondie en psychiatrie et psychothérapie forensique pour enfants et adolescents å adjoindre au titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents**

Mardi, 4 novembre 2025

Universitäre Psychiatrische Kliniken, Klinik für Forensik, Wilhelm Klein-Strasse 27, 4002 Basel

**Identité:**

Titre:       Date de naissance:

Madame:  Monsieur:

Nom:       Prénom:

GLN-No.

**Adresse privé:**

Rue:       NPL/Lieu:

Tél. :       Portable

E-mail:

**Adresse de traville:**

Institution:

Rue:       NPL/Lieu:

Diplôme de médecin: Quand       Où

# Formation à l‘ établissement de formation postgraduée

Lieu de formation: de       à

Hôpital

Clinique

Médecin responsable

Sceau et signature du responsable actuel du lieu de formation:

Frais d’examen : **CHF 900.–**  (la confirmation d’inscription et la facture suivront par e-mail)

Lieu, date: Signature: ­­­

**Délai d’inscription :**

**Renvoyez le formulaire d'inscription jusqu’au 29 août 2025 (timbre postal compte) à l’adresse mentionnée ci-dessous ou par e-mail à** [**info@swissforensic.ch**](mailto:info@swissforensic.ch)**.**