

|         |  |
|---------|--|
| No APTN |  |
| No RCC  |  |



## FORMULAIRE D'ADHESION Membre A

Reçu au secrétariat le :

**ORIGINAL**

Nous vous prions de bien vouloir remplir ce questionnaire en caractère d'imprimerie avec lettres majuscules.

COLLER ICI  
UNE PHOTO  
PASSEPORT  
RECENTE

(Dimension standard)

**NOM** : .....

**Prénom(s)** : .....

**Date de naissance**      .....

**Etat civil**       Célibataire    Marié-e    Divorcé-e    Veuf/veuve

**Nationalité**     CH             Autre : .....

**Permis de travail**    A             B             C             Autre : .....

**Commune d'origine** : ..... **Canton ou pays** .....

**ADRESSE PRIVEE LEGALE** (  adresse de correspondance )

**Rue** : .....

**NP** :  **Localité** : ..... **Canton** : .....

**Tél.** : ..... **Portable** : ..... **E-mail** : .....

**ADRESSE DU CABINET** (  adresse de correspondance )

.....

**NP** :  **Localité** : ..... **Canton** : .....

**Tél.** : ..... **Portable** : ..... **E-mail** : .....

**Site internet** : .....

**Date d'ouverture** : .....

**Depuis quand exercez-vous en thérapie naturelle ?**  

**Exercez-vous une autre profession ?**.....  Oui             Non

**Si oui, laquelle ?** .....  Temps partiel    Plein temps

**Vous demandez l'agrégation en tant que thérapeute en :**

**Thérapie Complémentaire TC, méthode(s) exercée(s)** : .....

**Médecine alternative \* MA** : .....

**\*MA : Naturopathe en médecine traditionnelle européenne MTE, Homéopathe,  
Naturopathe en médecine traditionnelle chinoise MTC, Naturopathe en médecine  
Ayurvédique**

- Diplôme fédéral OrTra MA  
 Diplôme fédéral en OrTra TC  
 Brevet fédéral OrTra MM

Affiliation auprès d'autres associations : .....

Enregistrement auprès du  RME,  ASCA,  Caisses-maladies,.....

Autres.....

*Réservé à l'APTN :*

- Vu en commission le : .....
- Visite de cabinet le : ..... (Voir dossier y relatif)
- Entretien le .....

**Admission**  Membre «A» Yverdon-les-Bains, le .....

**Signature du / de la président-e :** .....

**VEUILLEZ REMPLIR LA FEUILLE ANNEXEE « DIPLÔMES ET CERTIFICATS » EN INDIQUANT  
PRECISEMENT, POUR CHAQUE DIPLÔME ET CERTIFICAT, LE NOMBRE D'HEURES**

**Veillez annexer *obligatoirement* à ce questionnaire :**

- a) Une copie de votre dossier lors de votre inscription au diplôme DF ;
  - b) Une copie de votre diplôme fédéral ;
  - c) Une copie du permis de travail pour personnel étranger ;
- Après votre Agrégation
- d) Une attestation d'assurance responsabilité civile professionnelle
  - e) Une attestation de la Caisse de compensation AVS en tant qu'employé(e) ou indépendant(e)

**Votre dossier ne sera examiné qu'après réception de tous les documents demandés  
et paiement des frais d'étude du dossier.**

**Montants de vos frais et cotisations :**

| Thérapeute en provenance : | <b>Ecoles reconnues<br/>APTN</b> | <b>ou Ecoles hors APTN</b> |
|----------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| • Etude du dossier         | CHF Offert.-                     | CHF Offert.-               |
| • Entretien d'agrégation   | CHF 150.-                        | CHF 150.-                  |
| • Visite de cabinet        | CHF 150.-                        | CHF 150.-                  |
| • Cotisation annuelle*     | CHF 500.-                        | CHF 500.-                  |

\* Calculée au prorata temporis dès la date d'admission CHF 45.-/mois

**Je certifie que les renseignements livrés dans ce dossier sont conformes à la réalité. En cas d'adhésion, je m'engage à payer régulièrement mes cotisations aux échéances statutaires sur la base des montants fixés par l'Assemblée Générale et tous les frais inhérents à mon adhésion.**

**Je confirme avoir lu et accepté : les documents mentionnés ci-dessous et faisant partie intégrante du formulaire d'adhésion :**

- **Les statuts et fondements de l'APTN,**
- **Le règlement d'agrégation et de formation continue,**
- **Le code de déontologie**
- **Le présent formulaire d'agrégation (documents sur le site [www.aptn.ch](http://www.aptn.ch) ou à demander à notre secrétariat).**

**Acceptez-vous que lors de AG (Assemblée Générale de l'APTN) une photo soit prise lors de la remise de votre diplôme APTN et autorisez-vous sa publication  OUI  NON**

**Lieu et date : ..... Signature : .....**