

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**

- Masseur Médical MM** :
- Certificat de branche OrTra TC** **Certificat de branche OrTra MA** **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
PRÉCISEMENT, POUR CHAQUE DIPLÔME ET CERTIFICAT, LE NOMBRE D'HEURES**

Veillez annexer **obligatoirement à ce questionnaire :**

- a) Une copie de votre passeport ou pièce d'identité valable ;
- b) Une lettre de motivation pour l'adhésion ;
- c) Une copie de tous vos diplômes, certificats, formations continues **avec authentification du nombre d'heures réalisé pour chacun d'eux** (un diplôme ou certificat non accompagné de justificatif du nombre d'heures ne pourra être pris en considération) ;
- d) Un curriculum vitae (CV) ;
- e) Un extrait de votre casier judiciaire de Berne (original) datant de moins de 6 mois ;
- f) Une copie du permis de travail pour personnel étranger ;
- g) Une attestation d'assurance responsabilité civile professionnelle
- h) 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.**

**Pour tous les documents de pays étrangers, veuillez les faire authentifier par l'ambassade
du pays.**

Montants de vos frais et cotisations :

Thérapeute en provenance :	Ecoles reconnues APTN	ou	Ecoles hors APTN
• Etude du dossier	CHF 200.-		CHF 300.-
• 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

A remplir obligatoirement

DIPLOMES	(Joindre les photocopies)
-----------------	------------------------------------

Titre du <u>Diplôme</u> ,	Plan de Formation (détails des matières)	Nom de l'école	Nbre d'heures	Durée Formation	No Copie
-					
-					
-					
-					
-					
Total du nombre d'heures de la formation :					

Examen en présence d'Expert/e APTN

CERTIFICATS	(Joindre les photocopies)
--------------------	------------------------------------

Titre Certificat	Nom de l'école ou de l'intervenant/e	Détail des matières	Nbre d'heures	No Copie
-				
-				
-				
-				
-				
-				
Total du nombre d'heures de la formation :				

Examen en présence d'Expert/e APTN

• Rue du Lac 2, 1094 Paudex / CP 1215 1001 Lausanne • Tél. : +41 24 426 67 40 • Fax. +41 58 796 33 52
 • E-mail : aptn@aptn.ch • Site : www.aptn.ch

Valable dès le 01.01.2017

ATTESTATIONS

(Joindre les photocopies)

Titre Attestation	Nom de l'école ou de l'intervenant/e	Nbre d'heures	No Copie
Total du nombre d'heures de la formation :			

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 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 :