

No d'adhésion



**FORMULAIRE
D'ADHESION
MEMBRE-BE
d'une école reconnue APTN**

Reçu au secrétariat le :

- en 1^{er} formation Thérapies complémentaires et/ou alternatives
- aucun exercice en Cabinet/Cabinet de groupe
- pas de numéro RCC

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

Nationalité CH Autre :

Commune d'origine : **canton ou pays**

ADRESSE PRIVEE LEGALE ou PROFESSIONNELLE (adresse de correspondance)

Rue :

NP : **localité** : **canton** :

Tél. : **Fax** : **E-mail** :

Autre association professionnelle OUI : NON

En formation à l'Ecole : **depuis** :

en thérapies Complémentaires (TC) :

en médecines Alternatives (MA) :

Naturopathe Homéopathe MTC Méd.trad.chinoise Médecine Ayurvédique

