

No APTN	
No RCC	



FORMULAIRE D'ADHESION Membre A

Reçu au secrétariat le :

COLLER ICI
UNE PHOTO
PASSEPORT
RECENTE

(Dimension standard)

ORIGINAL

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

NOM :

Prénom(s) :

Date de naissance

Nationalité CH Autre :

Permis de travail A B C Autre :

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 :

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, en médecine traditionnelle chinoise MTC, en médecine Ayurvédique**

Avez-vous un :

Certificat de branche OrTra TC Certificat de branche OrTra MA Diplôme fédéral OrTra MA Diplôme fédéral en OrTra TC Brevet fédéral OrTra Masseurs Méd.

Si vous êtes en possession d'un des titres susmentionnée, veuillez uniquement joindre la copie de votre certificat ou diplôme fédéral.

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

A remplir obligatoirement

Formation du 1^{er} cycle – médecine académique min 150h

Diplômes & Certificats : (Joindre les photocopies)

Professions de la santé, dispenser du Cycle 1 et 3 voir annexe 1

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

Formation du 2^{ème} cycle - spécialités / thérapies (Joindre les photocopies)

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

Examen dans votre école en présence d'Expert/e APTN

Formation 3^{ème} cycle – médecine académique spécifique min. 300h
Diplômes & certificats (Joindre les photocopies)

Professions de la santé, dispenser du Cycle 1 et 3 voir annexe 1

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

Veillez annexer obligatoirement à ce questionnaire :

• Rue de la Plaine 13 / 1400 Yverdon-les-Bains • Tél. : +41 24 426 67 40 •
• E-mail : aptn@aptn.ch • Site : www.aptn.ch

Valable dès le 01.01.2019

- a) Une copie de votre passeport ou pièce d'identité valable
- b) 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 du nombre d'heures ne pourra être pris en considération) ;
- c) Un curriculum vitae (CV) ;
- d) Un extrait de votre casier judiciaire de Berne (original) datant de moins de 6 mois ;
- e) Une copie du permis de travail pour personnel étranger ;
- f) Une attestation d'assurance responsabilité civile professionnelle
- g) 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 si pas dans les 3 langues officielles

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,
- L'annexe II / frais divers
- 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 :



ANNEXE I

Professions de la santé – dispense cycle 1 et 3

Ambulancière/ Ambulancier ES
Art-Thérapeute DF
Assistante médicale CFC
Chiropraticiens
Dentiste
Droguiste ES
Infirmiers ES
Masseurs médicaux BF
Médecin
Naturopathe CB ou DF
Ostéopathe HES
Pharmaciens
Physiothérapeute HES
Podologues ES
Sage-femme HES
Sciences biomédicales

Profession de la santé – dispense du Cycle 1

Assistants en pharmacie CFC
Biologiste
Droguiste
Thérapeute complémentaire CB ou DF

ANNEXE II

Montants de vos frais et cotisations :

Thérapeute en provenance	d'une école reconnues APTN	d'une école hors APTN
Etude de dossier	CHF 200.00	CHF 300.00
Entretien d'entrée	CHF 150.00	CHF 150.00
Visite de cabinet (dans les 12 mois de la date d'admission)	CHF 150.00	CHF 150.00
Cotisation annuelle *calculée au prorata dès la date d'admission CHF/45.- par mois		
Ajout nouvelle méthode	CHF 000.00	CHF 000.00