

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :			
NOM :		PRÉNOM :	
Langue de correspondance :	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Allemand	<input type="checkbox"/> Italien
Nationalité :	<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> EU	<input type="checkbox"/> Autre
Titre :	<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame	
Date de naissance :			

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES : Nom du cabinet, de la société ou du centre (seront affichées sur Internet)			
Nom du cabinet :			
c/o :		Case Postale :	
Rue :			Canton :
NPA :	Lieu :		Pays :
Tél. :	Téléfax :	Portable :	
E-mail :		Site internet :	

ADRESSE DE CORRESPONDANCE : Seulement si différente de l'adresse professionnelle (ne sera pas affichée sur Internet)			
Rue :			Canton :
NPA :	Lieu :		Pays :
Tél. :	Téléfax :		Portable :
E-mail :		Portable :	

ADRESSE CABINET SUPPLÉMENTAIRE : Nom du cabinet, de la société ou du centre (seront affichées sur Internet)			
Nom du cabinet :			
Rue :			Canton :
NPA :	Lieu :		Pays :
Tél. :	Téléfax :	Portable :	
E-mail :		Site Internet :	

AGRÉGATION SOUHAITÉE À PARTIR DE : Une reconnaissance rétroactive n'est pas possible	<input type="checkbox"/> 2015	<input type="checkbox"/> 2016
	<input type="checkbox"/> 1. Semestre (Janv. - Juin)	<input type="checkbox"/> 2. Semestre (Juillet - Déc.)
Avez-vous déjà bénéficié dans le passé d'une agrégation ASCA ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si OUI, No RCC:		
Est-ce que votre activité thérapeutique nécessite une autorisation cantonale dans le canton où vous exercez ? (Renseignements auprès de l'Office cantonal compétent de votre canton)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si OUI, avez-vous cette autorisation cantonale de pratique ? (veuillez joindre une copie de cette autorisation à votre dossier)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Etes-vous membre d'une association professionnelle ou d'autres organisations ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si OUI, laquelle ?	depuis quand :	joindre attestation
Etes-vous diplômé(e) de l'une des professions de la santé réglementée en Suisse ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si OUI, laquelle et titre professionnel :	joindre diplôme	

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

Est-ce que la formation de base du 1er cycle (**Anatomie - Physiologie - Pathologie**) pour laquelle vous avez été formé(e) et diplômé(e), a été effectuée dans une école accréditée par la Fondation ASCA ?

OUI NON

Si OUI, laquelle ?

Nombre d'heures :

Si votre réponse est **NON**, accepteriez-vous de passer un examen ?

OUI NON

Formation du 2^{ème} cycle

Pour quelle(s) méthode(s) thérapeutique(s) souhaitez-vous être agréé(e) ?

Discipline thérapeutique (selon Liste des méthodes)	Nombre d'heures	Nom de l'école	Ecole Accréditée ASCA?	Date du Diplome
1.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
2.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
3.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
4.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
5.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
6.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
7.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Si l'école n'est pas accréditée ASCA, veuillez nous adresser le programme de formation détaillé.

Formation du 3^{ème} cycle – médecine académique spécifique (min. 300 h)

La formation (approfondissement en **Anatomie – Physiologie – Pathologie – Bilans – Anamnèses**) pour laquelle vous avez été formé(e) et diplômé(e), a-t-elle été effectuée dans une école accréditée par la Fondation ASCA ?

OUI NON

Si oui, laquelle ?

Nombre d'heures :

Si votre réponse est **NON**, accepteriez-vous de passer un examen ?

OUI NON

Documents à produire

- La présente demande dûment complétée.
- Les copies des certificats et des diplômes obtenus ainsi que le détail de votre programme de formation avec attestation du nombre d'heures.
- Un extrait du casier judiciaire récent (6 derniers mois).
- Le cas échéant, une copie de votre autorisation de pratique.

Dans le but d'adhérer au concept de la Fondation ASCA, je certifie par ma signature que les renseignements ci-dessus sont exacts et conformes à la vérité. De plus, je confirme par ma signature l'authenticité des données et des documents que je remets à la Fondation ASCA. Je confirme également avoir lu, compris et accepté tous les points mentionnés dans les chapitres des Conditions Générales (CGATH), le règlement d'exécution (ReCGATH), la liste des disciplines thérapeutiques (LDT) le code éthique et la charte.

Signature

Lieu et date :

.....
Par votre signature, vous nous autorisez à transmettre vos données à nos assureurs conventionnés.

L'étude de votre dossier prendra environ 4 semaines dès réception de vos frais d'étude de dossier.