



**Fondation pour la reconnaissance et le développement  
des thérapies alternatives et complémentaires**

St-Pierre 6A – Case postale 548 - 1701 Fribourg  
Tél 026-341.86.89 Fax 026-341.86.88 [www.asca.ch](http://www.asca.ch) - Email: [fondation@asca.ch](mailto:fondation@asca.ch)

**DEMANDE D'ADMISSION**

Fribourg, le d septembre yyyy

**La confirmation de votre agrégation, si elle est acceptée, vous parviendra dans 2 à 4 semaines.**

**Votre agrégation est souhaitée à partir du :**

1. Trimestre (Janv.-Mars)     2. Trimestre (Avril-Juin)  
 3. Trimestre (Juillet-Sept.)     4. Trimestre (Oct.-Déc.)     2008     2009

Etes-vous déjà membre de la Fondation « ASCA » ?    OUI     NON

**Vous êtes membre de l'APTN, Association des Praticiens en Thérapies Naturelles**

Etes-vous membre d'une autre organisation ?    OUI     NON

Si oui laquelle ..... (joindre l' attestation)

Etes-vous Médecin ?    OUI     NON

**Coordonnées professionnelles (seront affichées sur Internet)**

Langue de correspondance	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Italien
Nom de la société	
Nom du cabinet ou du centre	

Titre	Monsieur    Madame <input type="checkbox"/> Docteur
Nom	
Prénom	

Adresse :			
N° Postal :		Lieu :	
Dpt / Canton :		Pays :	
Tél. :	Téléfax :	Portable :	
E-mail :		Site internet :	

**Coordonnées privées (ne seront pas affichées sur Internet)**

Date de naissance			
Adresse :			
N° Postal :		Lieu :	
Dpt / Canton :		Pays :	
Téléphone :		Mobile :	
E-mail :		Site internet :	
Nationalité	<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Autre		

**Adresse de correspondance (si différente de l'adresse professionnelle - ne sera pas affichée sur Internet)**

Adresse :			
N° Postal :		Lieu :	

Dpt / Canton :		Pays :	
----------------	--	--------	--

**Formation du 1<sup>er</sup> cycle**

La formation de base du 1<sup>er</sup> cycle (Anatomie – Physiologie - Pathologie) pour laquelle vous avez été formé(e) et diplômé(e), a-t-elle été effectuée dans une école agréée par la Fondation « ASCA » OUI  NON

Si oui, laquelle : ..... Nombre d'heures effectuées : .....

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

**Pour quelles disciplines thérapeutiques pratiques du 2<sup>ème</sup> cycle, souhaitez-vous être agréé(e)?**

Discipline thérapeutique du 2 <sup>ème</sup> cycle	Nombre d'heures	Nom de l'école	Ecole Accréditée ASCA	Année de diplôme
			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Si l'école n'est pas accréditée ASCA, accepteriez-vous de passer un examen ? OUI  NON

**Formation du 3<sup>ème</sup> cycle**

La formation spécifique du 3<sup>ème</sup> cycle (Anatomie – Physiologie – Pathologie – Bilans – Anamnèses) pour laquelle vous avez été formé(e) et diplômé(e), a-t-elle été effectuée dans une école agréée par la Fondation « ASCA » OUI  NON

Si oui, laquelle : ..... Nombre d'heures effectuées : .....

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

**Documents à produire**

- La présente demande dûment complétée.
- Les copies de certificats et de diplômes obtenus.

**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 (RE), et la liste des disciplines thérapeutiques (LDT).**

**Lieu et date**

**Signature**

.....

.....

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

**Espace réservé à la Fondation « ASCA »**

Discipline thérapeutique	Agrégation accordée	Responsable
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	