

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**

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

Veillez annexer *obligatoirement* à ce questionnaire :

- Une copie de votre dossier lors de votre inscription au Certificat de Branche CB ;
 - Une copie de votre certificat de branche ;
 - Une copie du permis de travail pour personnel étranger ;
- Après votre Agrégation
- Une attestation d'assurance responsabilité civile professionnelle
 - 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.**

Montants de vos frais et cotisations :

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

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 :