

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** : **EXEMPLE**  
**Prénom(s)** : **Susanne**  
**Date de naissance** : **01.01.1900**  
**Nationalité** :  CH  Autre : .....  
**Permis de travail** :  A  B  C  Autre : .....  
**Canton ou pays** : **France**

**ADRESSE PRIVEE LEGALE (  adresse de correspondance )**

**Rue** : de la Thérapie 12  
**NP** : 1000 **Localité** : Lausanne **Canton** : VD  
**Tél.** : 032 900 00 XX... **Portable** : 078 600 XX XX **E-mail** : aptn@aptn.ch

**ADRESSE DU CABINET (  adresse de correspondance )**

**Rue du succès** 12  
**NP** : 1300 **Localité** : Lausanne **Canton** : VD **Tél.** : 032 XXX XX XX **Portable** : 078 600 XX XX  
**E-mail** : aptn@aptn.ch  
**Site internet** : www.aptn.ch

**Vous demandez l'agrégation en tant que thérapeute en :**

**Thérapie Complémentaire TC, méthode(s) exercée(s) : Kinésiologie, DLM**  
 **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<sup>er</sup> 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
Anath-patho-physiologie	Ecole succès	180h	1
<b>Total du nombre d'heures de la formation :</b>		<b>180h</b>	

**Formation du 2<sup>ème</sup> cycle - spécialités / thérapies** ( Joindre les photocopies )

Spécialités & thérapies	Nom de l'école ou de l'intervenant/e	Nbre d'heures	No Copie
Kinésiologie	Ecole Labas	350h	2
DLM	Ecole réussite	200h	3
<b>Total du nombre d'heures de la formation :</b>		<b>550h</b>	

Examen dans votre école en présence d'Expert/e APTN vous êtes dispenser de l'entretien d'entrée

**Formation 3<sup>ème</sup> 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
Anath-patho-physiologie	Ecole succès	300h	4
<b>Total du nombre d'heures de la formation :</b>		<b>300h</b>	

Veillez annexer **obligatoirement** à ce questionnaire :

- 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**

**X** 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.

**X** 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](http://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 **X** OUI  NON

Lieu et date : **31.10.2017** ... 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
<b>Etude de dossier</b>	<b>CHF 200.00</b>	<b>CHF 300.00</b>
<b>Entretien d'entrée</b>	<b>CHF 150.00</b>	<b>CHF 150.00</b>
<b>Visite de cabinet</b> (dans les 12 mois de la date d'admission)	<b>CHF 150.00</b>	<b>CHF 150.00</b>
Cotisation annuelle *calculée au prorata dès la date d'admission CHF/45.- par mois		
<b>Ajout nouvelle méthode</b>	<b>CHF 000.00</b>	<b>CHF 000.00</b>