

N° APTN : **Réservé à l'APTN**

Vous avez déjà un n° RCC

☐ Non

☐ Oui

RCC :



FORMULAIRE D'ADHÉSION

Membre A

ORIGINAL

Nous vous prions de bien vouloir remplir ce questionnaire online et joindre vos documents.

DONNÉES PERSONNELLES

Nom : _____ Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Titre ☐ Madame ☐ Monsieur ☐ Autre

Date de naissance : _____

Nationalité : ☐ CH ☐ UE ☐ Autre

Permis de travail ☐ A ou B ☐ C ☐ Autre

Adresse de correspondance

☐ Adresse privée ☐ Adresse cabinet principale ☐ Adresse cabinet secondaire

Adresse privée

Rue/No : _____

CP/Localité : _____ Canton : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

E-mail : _____

Adresse cabinet principale

Rue/No : _____

CP/Localité : _____ Canton : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

E-mail : _____

Site internet : www. _____

Adresse cabinet secondaire

Rue/No : _____

CP/Localité : _____ Canton : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

E-mail : _____

Depuis quand exercez-vous en thérapie complémentaire ou médecine alternative ? Date : _____	
Exercez-vous une autre profession ?	☐ Oui ☐ Non
Si oui, laquelle : _____	Temps partielle : ☐ Plein temps : ☐

Autorisation cantonale
Une autorisation cantonale est nécessaire pour votre activité dans le canton où se trouve votre cabinet ? (Renseignements auprès de l'office cantonal compétent de votre canton)
☐ Oui ☐ Non
Si oui, joindre une copie

Exercice en cabinet
Exercez-vous une autre profession de la santé via votre numéro RCC Tarif590 (Physiothérapeute, ostéopathe, etc.) ?
☐ Oui ☐ Non
Êtes-vous déjà en possession d'un numéro RCC ?
☐ Oui ☐ Non
Si oui, ajouter votre numéro RCC actuel sur la 1 ^{ère} page du formulaire (en haut à droite)

Vous demandez l'agrégation en tant que thérapeute en :

Thérapie complémentaire TC — méthode(s) exercée(s)
—
—
—
—

Médecine alternative / Naturopathe en :
☐ Médecine traditionnelle européenne MTE
☐ Médecine traditionnelle chinoise MTC
☐ Homéopathie
☐ Médecine Ayurvédique

Êtes-vous en possession :	
Thérapeute complémentaire	
☐ Certificat de branche OrTra TC	☐ Diplôme fédéral OrTra TC
Naturopathe	
☐ Certificat de branche OrTra MA	☐ Diplôme fédéral OrTra MA
Massage médical	
☐ Brevet fédéral OrTra Masseurs Méd.	
Art-thérapeute	
☐ Diplôme fédéral Art-thérapeute	☐ Certificat de branche OrTra Artecure

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

Affiliation auprès d'autres associations professionnelles ? (joindre copie)

Si oui, laquelle : _____

Autres enregistrement☐ ASCA ☐ RME ☐ Autre

Assurances complémentaires : _____

VEUILLEZ REMPLIR LA FEUILLE ANNEXÉE « DIPLÔMES ET CERTIFICATS » EN INDIQUANT PRÉCISÉMENT, POUR CHAQUE DIPLÔME ET CERTIFICAT, LE NOMBRE D'HEURES**Formations – médecine académique min.150h**

Diplômes & Certificats : (Joindre les photocopies)

Professions de la santé : dispense — voir Annexe I

Date	Titre diplômes & certificats	Nom de l'école	Nbre d'heures
Total du nombre d'heures de la formation :			

Formations – spécialités – thérapies – titres

Diplômes & Certificats : (Joindre les photocopies)

Date	Titre diplômes & certificats	Nom de l'école	Nbre d'heures
Total du nombre d'heures de la formation :			

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Membre A

Checklist du dossier : (documents à joindre)

- ☐ Formulaire d'adhésion complété et signé ;
- ☐ Une copie de votre passeport ou pièce d'identité valable ;
- ☐ Un curriculum vitae (CV) ;
- ☐ Une copie de tous vos diplômes, certificats, formations continues avec authentification du nombre d'heures réalisé pour chacun d'eux (un diplôme non accompagné du nombre d'heures ne pourra être pris en considération) ;
- ☐ Un extrait de votre casier judiciaire de Berne (original) datant de moins de 6 mois ;
- ☐ Une copie du permis de travail pour personnel étranger ;
- ☐ Une attestation d'assurance responsabilité civile professionnelle ;
- ☐ Une attestation de la Caisse de compensation AVS en tant qu'employé(e) ou indépendant(e) ;
- ☐ Permis de travail (si concerné)

Votre dossier ne sera examiné qu'après réception de tous les documents demandés et paiement des frais d'étude du dossier.

- ☐ **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 aptn.ch)

Je suis d'accord pour que mes données (sans adresse E-mail) soient transmises à des tiers (registre des codes créanciers RCC, assureurs maladie, autorités, site internet).

Acceptez-vous que lors de l'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

Si vous êtes déjà Membre B ou Membre BE de l'APTN :

Vous n'avez pas besoin de joindre une copie de votre passeport ou carte d'identité (document déjà en possession du secrétariat APTN).

Consultez l'Annexe II pour les montants applicables à votre dossier.

Annexe I

Si oui, joindre une copie

Professions de la santé – dispense médecine académique de + 350h ☐	
Ambulancier/ère ES	Art-thérapeute DF
Assistant/e médical/e CFC	Chiropraticiens
Dentiste	Droguiste ES
Ergothérapeute HES	Infirmier/ère ES / HES
Masseur/euse médical/e BF	Médecin
Naturopathe CB ou DF	Ostéopathe HES
Pharmaciens	Physiothérapeute HES
Podologues ES	Sage-femme HES
Sciences biomédicales	

Professions de la santé – dispense médecine académique de 150h (physio-pathologie reste obligatoire) ☐	
Art-thérapeute CB	Assistant/e en pharmacie CFC
Biologiste	Droguiste
Thérapeute complémentaire CB ou DF	

Montant de vos frais et cotisations

Thérapeute en provenance	d'une école reconnue APTN	d'une école hors APTN	Avec Certificat de branche CB ou/et diplôme fédéral DF
Etude de dossier	CHF 200.–	CHF 300.–	CHF 150.–
Entretien d'entrée *	CHF 150.–	CHF 150.–	CHF 150.–
* si examen en présence d'un expert APTN	CHF 0.–		
Visite de cabinet (dans les 12 mois de la date d'admission)	CHF 150.–	CHF 150.–	CHF 150.–
Cotisation annuelle * calculée au prorata dès la date d'admission CHF 45.–			
Ajout nouvelle méthode	CHF 0.–	CHF 0.–	
Modification ou remplacement d'une attestation membre	CHF 0.–		
Etude dossier (formel) pour CB ou DF (déductible lors d'une future agrégation)	CHF 200.–	CHF 300.–	
Recours à l'encontre d'une décision disciplinaire ou pour non-admission	CHF 500.–	CHF 500.–	
De Membre B / BE a Membre A - Etude de dossier			
	CHF 0.-	CHF 0.-	