

FORMULAIRE D'ADHÉSION



MEMBRE-BE

d'une école reconnue APTN

- ☐ en 1ère formation Thérapies complémentaires et/ou alternatives
☐ aucun exercice en Cabinet/Cabinet de groupe
☐ pas de numéro RCC

Si une des cases n'est pas cochée, référez-vous au Formulaire Membre A

DONNÉES PERSONNELLES

NOM _____ Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Titre ☐ Madame ☐ Monsieur ☐ Autre

Date de naissance : _____

État civil : ☐ célibataire ☐ marié-e ☐ divorcé-e

Nationalité : ☐ CH Autre : _____

Commune d'origine : _____ canton / pays : _____

Adresse privée légale ou professionnelle (adresse de correspondance)

Rue : _____

NP : _____ localité : _____ canton : _____

Tél. : _____ Fax : _____ E-mail : _____

Autre association professionnelle : ☐ OUI : _____ ☐ NON

En formation à l'Ecole : _____ depuis : _____

☐ en thérapies Complémentaires (TC) : _____

☐ en médecines Alternatives (MA) : _____

☐ Naturopathe

☐ Homéopathe

☐ MTC / Médecine Trad. Chinoise

☐ Médecine Ayurvédique

FORMULAIRE D'ADHÉSION



MEMBRE-BE

d'une école reconnue APTN

VEUILLEZ ANNEXER OBLIGATOIREMENT A CE FORMULAIRE :

- a) une copie de votre passeport ou pièce d'identité valable ;
- b) un curriculum vitae (CV) ;
- c) un extrait du casier judiciaire (de moins de 6 mois).

Pour l'élève :

- Lieu / date : _____
- Je confirme l'authenticité des documents joints : ☐ oui (cocher)
- Signature de l'élève : _____

Pour le Centre de formation :

- Sceau et signature de l'école : _____
- Je confirme l'entretien mené concernant les motivations de l'élève : ☐ oui

RÉSERVE A L'APTN

Admission ☐ Membre «BE»

Yverdon-les-Bains, le _____

Signature du / de la président-e de l'APTN : _____