

Demande d'adhésion

Nom _____

Prénom _____

Adresse postale _____

Code postal/lieu _____

Nom du cabinet _____

Adresse du cabinet _____

Code postal/lieu _____

Téléphone privé _____ cabinet _____

Fax privé _____ cabinet _____

Portable _____

E-mail _____

Site internet _____

Date de naissance _____

VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS SUIVANTS :

Pour membre actif :

- Curriculum vitae
- Copie du diplôme
- Attestation de l'école des cours effectués, avec la liste des heures d'enseignement exactes
- Copie de l'enregistrement auprès du RME (en l'absence d'une attestation pour les 150 heures de connaissances médicales de base)
- Déclaration code de déontologie

Pour membre en formation :

- Curriculum vitae
- Attestation de l'école des cours effectués
- Déclaration code de déontologie

Pour membre passif :

- Curriculum vitae

DEMANDE POUR DEVENIR

- | | | |
|--|---------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Membre actif | cotisation annuelle | CHF 450 (taxe d'inscription CHF 50) |
| <input type="checkbox"/> Membre en formation | cotisation annuelle | CHF 200 |
| <input type="checkbox"/> Membre passif | cotisation annuelle | CHF 200 |

JE DÉSIR RECEVOIR LES DOCUMENTS DE L'ASS EN :

- allemand français italien

Si l'information n'est pas disponible en italien, je préfère en

- allemand
 français

J'AI DÉCOUVERT L'EXISTENCE DE L'ASSOCIATION SUISSE DE SHIATSU À TRAVERS :

- l'internet
- une autre association professionnelle qui est : _____
- un autre membre de l'ASS
- un cabinet et/ou un/une collègue professionnelle
- une institution de formation, nom de l'école : _____
- une présentation de l'ASS au sein d'une institution de formation, nom de l'école : _____
- un/une enseignant-e
- un groupe régional et/ou un/une chargé-e de supervision
- autre : _____

Par ma signature, je reconnais l'obligation juridiquement contraignante des statuts et autres règlements de l'Association Suisse de Shiatsu. Par ma signature, j'accepte que l'adresse de mon cabinet soit mise sur la liste des thérapeutes et qu'elle soit divulguée à tous les membres actifs et aux prestataires de cours.

Lieu et date

Signature