

Demande d'accréditation pour une école de formation

Avant de remplir le formulaire d'admission et le questionnaire ci-joint, lisez attentivement les conditions générales d'accréditation des écoles (CGAE).

Nom de l'école: Nom complémentaire:	
Adresse:	
NPA:	Lieu:
Dpt. / Canton:	Pays:
Téléphone:	Téléfax:
E-Mail:	Site internet:
Responsable de l'école / Direction	
Responsable 1	Responsable 2
Nom:	Nom:
Prénom:	Prénom:
Titre:	Titre:
Fonction:	Fonction:
Formation:	Formation:

1. Contenu de l'enseignement selon nos conditions générales d'accréditation (CGAE)

Veuillez répondre aux questions suivantes concernant les différents cycles d'enseignement choisis par votre école.

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1.2 Cycle 1: Enseignez-vous le tronc commun de base en médecine académique de min. 150h ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 Cycle 2: Enseignez-vous l'étude pratique et/ou théorique d'une ou de plusieurs méthodes thérapeutiques selon notre liste des disciplines thérapeutiques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 Cycle 3: Enseignez-vous le tronc commun spécialisé en médecine académique de min. 300h ? (approfondissement du cycle 1) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 Formation continue: Offrez-vous des cours de formation continue en relation avec notre liste des disciplines thérapeutiques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Informations sur les locaux d'enseignement

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Les locaux de votre école sont-ils conformes à nos conditions générales d'accréditation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Information au sujet de votre école

- 3.1 Début de l'activité de l'école:
- 3.2 Quand débute l'année scolaire dans votre école:
- 3.3 Quota d'élève par cours et par année:
- 3.4 Quels sont vos critères d'admission:

4. Information sur la formation

Type d'enseignement

- Formation plein temps Formation en cours d'emploi

Soutien de cours et matériel spécifique

- Brochures détaillées Fascicules
- Planches d'anatomie Livres
- Audio visuel Informatique

Examens

- Théorique Pratique
- Oral Mémoire de diplôme

Type de diplômes

- Diplôme Certificat
- Attestation de succès Attestation de suivi de cours

Autres remarques

.....

.....

.....

.....

5. Documents à produire

Veillez nous envoyer les documents suivants:

1. Un CV pour chaque responsable de l'école
2. Un CV pour chaque enseignant/e
3. Le programme détaillé de chaque cours (inclus le détail des heures)
4. Matériel et outil de travail de chaque méthode enseignée
5. Exemple de diplôme, certificat et/ou attestation de formation continue (inclus le nombre d'heures et/ou une confirmation du programme de cours)
6. Information sur la littérature spécialisée

8. Disciplines du 2ème cycle

Pour quelles disciplines du 2ème cycle votre école souhaite-t-elle être enregistrée ? (uniquement celles qui figurent sur la liste des disciplines thérapeutiques reconnues par la fondation)

Nr. de la discipline	Nom de la discipline

Nous certifions avoir pris connaissance des exigences de la fondation ASCA en matière d'enseignement des disciplines thérapeutiques en médecines complémentaires et d'avoir répondu d'une manière exacte et conforme à la vérité aux questions de ce présent questionnaire. Dans l'attente d'une réponse de votre part, nous restons à votre disposition pour tout autre renseignement supplémentaire.

Lieu et date : Timbre et signature :

Annexes: Liste des disciplines thérapeutiques reconnues par la fondation ASCA, Liste des exigences en matière d'enseignement de base par la Fondation ASCA.

La confirmation de votre accréditation, si elle est acceptée, vous parviendra dans 2 à 4 semaines.

Espace Réservé à la Fondation ASCA

Accréditation accordée	approuvé
Cours du 1er cycle	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Cours du 2ème cycle	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Cours du 3ème cycle	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Formation continue	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Discipline thérapeutique du 2ème cycle	
1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

Date :

Responsable :