

# Demande d'admission pour thérapeutes

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
<b>NOM :</b>		<b>PRÉNOM :</b>	
<b>Langue de correspondance :</b>	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Allemand	<input type="checkbox"/> Italien
<b>Nationalité :</b>	<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> EU	<input type="checkbox"/> Autre
<b>Titre :</b>	<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Divers
<b>Date de naissance :</b>			
COORDONNÉES PROFESSIONNELLES : nom du cabinet, de la société ou du centre (seront affichées sur Internet)			
Nom du cabinet :			
c/o :		Case Postale :	
Rue :			Canton :
NPA :	Lieu :		Pays :
Tél. :		Portable :	
E-mail :		Site internet :	
ADRESSE DE CORRESPONDANCE : seulement si différente de l'adresse professionnelle (ne sera <b>pas</b> affichée sur Internet)			
c/o :			
Rue :			Canton :
NPA :	Lieu :		Pays :
Tél. :		Portable :	
E-mail :			
ADRESSE CABINET SUPPLÉMENTAIRE : nom du cabinet, de la société ou du centre (sera affichée sur Internet)			
Nom du cabinet :			
Rue :			Canton :
NPA :	Lieu :		Pays :
Tél. :		Portable :	
E-mail :		Site internet :	
<b>AGRÉGATION À PARTIR DE :</b> .....		<input type="checkbox"/> <b>Année complète</b> (Janv. – Déc.)	<input type="checkbox"/> <b>2<sup>ème</sup> semestre</b> (Juillet - Déc.)
Une reconnaissance rétroactive n'est <b>pas</b> possible			
<b>Avez-vous déjà bénéficié dans le passé d'une agrégation ASCA ?</b>			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si OUI, No RCC:			
<b>Est-ce que votre activité thérapeutique nécessite une autorisation cantonale dans le canton où vous exercez ?</b>			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
(Renseignements auprès de l'Office cantonal compétent de votre canton)			
Si OUI, avez-vous cette autorisation cantonale de pratique ?			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
(joindre une copie de l'autorisation)			
<b>Etes-vous membre d'une association professionnelle ou d'autres organisations ?</b>			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si OUI, laquelle ?		depuis quand :	<b>joindre attestation</b>

## FORMATION DU 1<sup>er</sup> CYCLE – médecine académique (min. 150h)

Êtes-vous diplômé(e) de l'une des professions de la santé dispensant du cycle 1?

(liste disponible sur le site [www.asca.ch](http://www.asca.ch))

OUI  NON

Si OUI, laquelle et titre professionnel : ..... joindre diplôme

Est-ce que la formation de base du 1er cycle (**Anatomie - Physiologie - Pathologie**) pour laquelle vous avez été formé(e) et diplômé(e), a été effectuée dans une école accréditée par la Fondation ASCA ?

OUI  NON

Si OUI, laquelle ? ..... Nombre d'heures : .....

Disposez-vous du certificat BLS-AED (Generic Provider) ? **Obligatoire dès le 01.01.2022** OUI  NON

## FORMATION DU 2<sup>ème</sup> CYCLE

Pour quelle(s) méthode(s) thérapeutique(s) souhaitez-vous être agréé(e) (voir liste sur [www.asca.ch](http://www.asca.ch))?

Discipline thérapeutique (selon Liste des méthodes)	Nombre d'heures	Nom de l'école	Ecole Accréditée ASCA?	Date du Diplome
1.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
2.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
3.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
4.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
5.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
6.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
7.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

## FORMATION DU 3<sup>ème</sup> CYCLE – médecine académique spécifique (min. 300 h)

Êtes-vous diplômé(e) de l'une des professions de la santé dispensant du cycle 3? (liste disponible sur le site [www.asca.ch](http://www.asca.ch))

OUI  NON

Si OUI, laquelle et titre professionnel : ..... (joindre diplôme)

La formation (approfondissement en **Anatomie – Physiologie – Pathologie – Bilans – Anamnèses**) pour laquelle vous avez été formé(e) et diplômé(e), a-t-elle été effectuée dans une école accréditée par la Fondation ASCA?

OUI  NON

Si OUI, laquelle ? ..... Nombre d'heures : .....

### Documents obligatoires à produire

- La présente demande dûment complétée
- Les copies de certificats / diplômes obtenus avec les cursus détaillées validés par l'école
- Certificat BLS-AED, validité 2 ans (validité illimitée pour les diplômé(e)s d'écoles reconnues par les OrTra)
- Une copie de l'extrait du casier judiciaire récent (6 derniers mois)
- Une copie de la carte identité ou passeport
- Une copie de votre autorisation de pratique si exigée par le canton

**Dans le but d'adhérer au concept de la Fondation ASCA, je certifie par ma signature que les renseignements ci-dessus sont exacts et conformes à la vérité. De plus, je confirme par ma signature l'authenticité des données et des documents que je remets à la Fondation ASCA. Je confirme également avoir lu, compris et accepté tous les points mentionnés dans les chapitres des Conditions Générales (CGATH), le règlement d'exécution (ReCGATH), le règlement des divers émoluments, la liste des disciplines thérapeutiques (LDT) le code éthique et la charte.**

Lieu et date : .....

Signature : .....

Par votre signature, vous nous autorisez à transmettre vos données à nos assureurs partenaires.

**Vous allez recevoir prochainement une facture pour vous acquitter des frais d'étude de dossier. Dès réception de votre paiement, l'étude de votre dossier prendra environ 4 semaines.**