

COORDONNÉES PERSONNELLES		RCC- Nr.:	
<b>Formule de politesse :</b>	<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Divers
<b>NOM:</b>	<b>PRÉNOM :</b>		
Titre professionnel:		Date de naissance :	

FORMATION DU 2 <sup>ème</sup> CYCLE				
Pour quelle(s) méthode(s) souhaitez-vous être agréé(e) ? (voir liste sur <a href="http://www.asca.ch">www.asca.ch</a> )				
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"/>	

FORMATION DU 3 <sup>ème</sup> CYCLE – médecine académique spécifique (min. 300 h)	
La reconnaissance de la méthode(s) exige-t-elle une formation du 3 <sup>ème</sup> cycle ? (selon liste des méthodes sur le site <a href="http://www.asca.ch">www.asca.ch</a> )	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si OUI, cette formation spécifique a-t-elle été effectuée dans une école accréditée ASCA ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si OUI, laquelle ? ..... Nombre d'heures :	.....

Documents à produire :
<ul style="list-style-type: none"> <li>La présente demande dûment complétée.</li> <li>Les copies des certificats et des diplômes obtenus ainsi que les cursus nominatifs détaillés validés par les écoles (branches, matières, sujets et nombre d'heures).</li> </ul>

**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 Conditions Générales d'agrégation des thérapeutes (CGATH), le Règlement d'exécution des Conditions Générales d'agrégation des thérapeutes ASCA (ReCGATH), la Charte, le Code éthique et la Liste des disciplines thérapeutiques (LDT).**

Lieu et Date :

.....

Signature :

.....

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

**La confirmation de votre agrégation, si elle est acceptée, vous parviendra dans environ 4 semaines.**

Espace réservé à la Fondation ASCA

Discipline thérapeutique	Approuvé	Raison si NON	Visa
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"/>		