

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Inscription en tant que:

- Masseur-euse médical-e avec brevet fédéral**
- SFML** (Thérapeute avec une spécialisation de la méthode drainage lymphatique manuel)
- Etudiant-e** (Masseur.euse médica.e avec brevet fédéral en formation)
- Academy** (Pour les thérapeutes avec au moins une méthode enregistrée)

Je souhaite la correspondance en : FR IT FR

Date de l'admission

Je souhaite m'inscrire à l'association avec effet au :

Année: _____ Mois: _____

Données personnelles

Titre: Monsieur Madame

Nom: _____ Prénom: _____

Date de _____ Nationalité: _____

naiss.: _____

Données pour les correspondances / adresse

Rue / Numéro _____ Nom du cab. _____

NPA _____ Lieu _____

Canton _____ Pays _____

Téléphone _____ Mail _____

Natel _____



Profession et formation

Je suis étudiant.e jusqu'en: _____

J'ai réalisé la formation de masseur.euse médical.e BF / thérapeute auprès de l'école suivante:

École (nom, lieu)	De (année)	À (année)

Je possède le titre suivant :

- masseur.euse médical.e (brevet fédéral)
- autre, complétez svp _____

Lieux d'enregistrement

Je suis enregistré.e auprès des lieux d'enregistrement suivants: (joindre les copies svp)

- RME Méthodes: _____
- ASCA Méthodes: _____

(ATTENTION : Le contrôle annuel de la formation continue de l'asca s'effectue auprès du vdms-asm. Vous devez nous transmettre vos attestations de formation continue jusqu'au 30.01 pour la période de „janvier à décembre“ de l'année d'avant. Nous ne vous le demanderons pas ; il n'y a pas de formulaire que vous devez remplir.)

Autorisation de pratique

Est-ce que vous possédez une autorisation de pratique ?

- oui Canton: _____
- non

Comment exercez-vous votre activité professionnelle ?

- Employé.e Indépendant.e Les deux (Temps partiel employé/ temps partiel indép.)



Liste des pièces jointes (cocher et joindre ce qui correspond)

- Carte d'identité ou passeport
- Diplôme de fin de formation (de MM BF / de thérapeute)
- Brevet fédéral de massage médical
- Attestation de membre du RME et/ou de l'asca (dernière attestation ou inscription)
- Autorisation de pratique (quand vous y êtes soumis.e)
- Contrat de formation (seulement pour les inscriptions en tant qu'étudiant.e)
- autres pièces jointes

Comment ai-je découvert le vdms-asmm ?

J'ai découvert le vdms-asmm grâce à: un membre du vdms-asmm Oui Non

Autres, à mentionner _____

Remarques

Signature

Par ma signature, je confirme l'exactitude de toutes les informations contenues dans cette demande d'adhésion et des documents que j'ai fournis.

Lieu, date: _____ Signature _____

Votre adhésion est automatiquement reconduite pour une année supplémentaire, sauf résiliation écrite avant le 30 septembre de l'année en cours.

Vos données seront utilisées exclusivement pour la collaboration avec les caisses d'assurance maladie et ne seront pas utilisées à des fins publicitaires.