



DEMANDE D'ADHESION

M. Mme

Nom : _____ Date de naissance : _____

Prénom : _____ Langue de correspondance : _____

Adresse professionnelle : _____

Adresse pour l'envoi du courrier (à remplir si elle est différente de l'adresse professionnelle) : _____

Tél. prof. : _____ Fax : _____ E-mail : _____

Catégorie de membre

Membre actif Code créancier (RCC) déjà attribué N°:
Code créancier (GLN) déjà attribué N°:
 demande en cours N°:

Membre junior "Etudiant"

Membre salarié
Employeur :

Diplôme

Pays : _____ Année: _____

Ecole : _____

Photocopies à joindre

- autorisation de pratiquer
- diplôme
- certificat d'enregistrement par la Croix-Rouge Suisse
(dans le cas de diplôme non-enregistré dans le registre NAREG)



Présentez-vous sur le site de l'ASPI

Les renseignements figurant sur cette liste permettront au public de choisir un physiothérapeute en fonction de différents critères tels que **l'emplacement géographique**, la spécialité et l'équipement. Il est donc de votre intérêt de remplir le présent formulaire avec soin. N'oubliez pas que l'inscription d'une spécialité constitue un engagement moral du physiothérapeute qui proclame sa qualification dans le(s) domaine(s) mentionné(s), notamment pour ce qui concerne les formations post-graduées.

Veuillez cocher vos prestations ou celles de votre cabinet

SPECIALITES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acupression | <input type="checkbox"/> Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Aquagym | <input type="checkbox"/> Neurodynamique |
| <input type="checkbox"/> BGM | <input type="checkbox"/> Physiothérapie du sport |
| <input type="checkbox"/> Bobath adulte | <input type="checkbox"/> Physiothérapie respiratoire |
| <input type="checkbox"/> Bobath enfant | <input type="checkbox"/> Physiothérapie respiratoire pédiatrique |
| <input type="checkbox"/> Chaînes musculaires | <input type="checkbox"/> PNF |
| <input type="checkbox"/> Crochetage myofascial | <input type="checkbox"/> Pressothérapie |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> Détente-relaxation | <input type="checkbox"/> Rééducation cardio-respiratoire |
| <input type="checkbox"/> Drainage lymphatique | <input type="checkbox"/> Rééducation posturale |
| <input type="checkbox"/> Ecole du dos | <input type="checkbox"/> Rééducation uro-procto-gynécologique |
| <input type="checkbox"/> Electrothérapie | <input type="checkbox"/> Rééducation vestibulaire |
| <input type="checkbox"/> Fango | <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire avec appareil de fitness (MTT) |
| <input type="checkbox"/> Hippothérapie-K® | <input type="checkbox"/> Thérapie manuelle (Maitland, Sohler,...) |
| <input type="checkbox"/> Hydrothérapie | <input type="checkbox"/> Traitement des brûlés |
| <input type="checkbox"/> Kinetic control | <input type="checkbox"/> Trigger points |
| <input type="checkbox"/> Taping | <input type="checkbox"/> Thérapie psychocorporelle |
| <input type="checkbox"/> Klein Vogelbach | <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Massage réflexe | |
| | |

MODE DE PRATIQUE / EQUIPEMENT

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cabinet | <input type="checkbox"/> Piscine/bassin de rééducation | <input type="checkbox"/> Langues parlées : |
| <input type="checkbox"/> Déplacement à domicile | <input type="checkbox"/> Accès chaise roulante | |
| | <input type="checkbox"/> Matériel fitness (MTT) | |
| <input type="checkbox"/> Traitements de groupe | <input type="checkbox"/> Ondes de choc | |

PRATIQUES CONNEXES

Veuillez noter ici les disciplines que vous souhaitez voir apparaître sur notre site :

.....
.....
.....



Engagements

Je, soussigné(e), m'engage :

- ✓ à respecter les statuts de l'ASPI
- ✓ à mettre en pratique les règles du Code de déontologie
- ✓ à appliquer les conventions tarifaires liant les membres de l'ASPI, ainsi que les directives d'application y relatives
- ✓ à autoriser l'ASPI à faire figurer mon nom et mes coordonnées dans les fichiers de l'Association et à pouvoir les communiquer uniquement à titre professionnel.

Date de la demande : _____

Signature du physiothérapeute : _____

A retourner à

Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants
Chemin des Pinsons 3
1012 Lausanne

Acceptation du Comité

Date :

Signature :