



sfmt
asmt

Schweizerischer Fachverband
für Musiktherapie SFMT
Association Professionnelle Suisse
de Musicothérapie ASMT

DEMANDE D'ADMISSION

Par la présente je requière l'affiliation à l'Association Professionnelle Suisse de Musicothérapie ASMT en tant que :

- Membre ordinaire** veuillez compléter ce formulaire avec les documents selon point 2 du règlement d'admission.
- Membre associé** Afin que nous puissions mieux vous connaître, veuillez nous envoyer quelques phrases sur votre motivation et votre parcours en plus de ce formulaire.
- Membre de soutien** Il n'y a pas besoin d'autres pièces justificatives.

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

No de téléphone privé :

prof.:

e-mail:

Correspondance désirée en langue: française allemande

La **cotisation de membre** est définie chaque année à l'assemblée générale et se monte actuellement comme suit : à CHF 250.- pour tous les membres. // à CHF 150.- pour les étudiant(e)s et les rentier(e)s.

Dans quel domaine travaillez-vous actuellement en tant que musicothérapeute ?
(veuillez indiquer au maximum 3 rubriques)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> cabinet privé | <input type="checkbox"/> pédagogie curative | <input type="checkbox"/> accompagnement en fin de vie |
| <input type="checkbox"/> psychiatrie avec des adultes | <input type="checkbox"/> médecine interne | <input type="checkbox"/> réhabilitation neurologique |
| <input type="checkbox"/> psychiatrie avec des enfants | <input type="checkbox"/> domaine psychosomatique | <input type="checkbox"/> autre (à mentionner) ou sans activité musicothérapeutique |
| <input type="checkbox"/> gériatrie | <input type="checkbox"/> prévention | |
| <input type="checkbox"/> dépendance et toxicomanie | <input type="checkbox"/> oncologie | |

Pour les membres associés et ordinaires :

J'ai pris connaissance des **statuts de l'association** ainsi que du **règlement d'admission** et me déclare d'accord avec les conditions énoncées. En outre, j'ai lu le **code éthique** de l'ASMT du 26.1.2002 et m'engage à le respecter.

Lieu:

Date :

Signature :

Envoyer à

Christa Steingruber, Adresse mail : steingruber@musictherapy.ch