



## Demande d'admission à l'IMTT

Nom: .....

Prénom: .....

Adresse: .....

N° postal / Lieu: .....

Tél. (privé) / mobile: .....

E-mail: .....

Nom du cabinet: .....

Adresse professionnelle: .....

N° postal / Lieu: .....

Tél. (travail): .....

Physiothérapeute diplômé

Ergothérapeute diplômé

Médecin

Autre profession (demande d'admission comme membre extraordinaire)

Cours module 1 / Combinée accompli le:

Date / Lieu: .....

Enseignant: .....

PS: Les adresses des membres IMTT sont enregistrées (sans votre contre-rapport) sur notre page d'accueil [www.imtt.ch](http://www.imtt.ch).

**Veuillez NE PAS enregistrer sur Internet !**

est rempli par le comité:

---

Approuvé par le comité le: .....

La Présidente: ..... Membre du Comité .....

Refusé par le Comité le: .....

Justification: .....

Prière d'envoyer au:

Secrétariat IMTT, Baumschulstrasse 13, 8542 Wiesendangen –

Tel.: 052 242 60 74 – e-mail: [imtt@imtt.ch](mailto:imtt@imtt.ch) - Homepage: [www.imtt.ch](http://www.imtt.ch)