



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.

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 - Homepage: www.imtt.ch