

Demande d'admission à l'IMTT

Nom:

Prénom:

Adresse:

No postal , Lieu:

Tel. / Fax (privé) :

Adresse professionnelle:

N° postal / Lieu:

Tel. / Fax (travail) :

- Physiothérapeute diplômé**
- Médecin**
- Autre profession (demande d'admission comme membre extraordinaire)**

Cours module 1 accompli le:

Date:

Lieu:

Enseignant:

Approuvé par le comité le:

La Présidente: Membre du Comité:.....

Refusé par le Comité le:

Justification:

Ajouter une copie de diplôme

Date: Signature:

Prière d'envoyer (diplôme annexé) au:
Secrétariat IMTT Baumschulstrasse 13, 8542 Wiesendangen –
Tel. / Fax: 052 242 60 74 – imtt@imtt.ch – www.imtt.ch