

DEMANDE D'ADHESION

M.       Mme

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Langue de correspondance : \_\_\_\_\_

Nom d'utilisateur souhaité (ne peut pas être modifié) : \_\_\_\_\_

Date de début de la formation : \_\_\_\_\_

Adresse privée : \_\_\_\_\_

E-mail (autre que l'adresse e-mail de l'école) : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

**Veillez joindre l'attestation de fréquentation de votre école en pdf**

**Nom de l'école :**

- HESAV
- HEdS GE
- HEdS VS
- HE-Arc Santé
- SUPSI

- ZHAW
- BFH
- FHS St. Gallen
- FHNW
- Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**Engagements**

Je, soussigné(e), m'engage :

- ✓ à respecter les [statuts de l'ASPI](#)
- ✓ à mettre en pratique les règles du [code de déontologie](#)
- ✓ 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 de l'étudiant.e : \_\_\_\_\_

**A retourner par e-mail à [contact@aspi-svfp.ch](mailto:contact@aspi-svfp.ch)**