

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