

| <i>Vos compétences, votre formation :</i> | | |
|--|--------------------|---|
| Disciplines exercées (cochez la case) | Ecole de formation | Année de certification |
| <input type="checkbox"/> Shiatsu japonais | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Acupuncture japonaise | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Moxibustion japonaise | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Shonishin | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Seitai | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> _____ | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> _____ | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Formation générale

Diplômes ou certificats obtenus :

-

-

-

Formations complémentaires en médecine orientale

Diplômes ou certificats obtenus :

-

-

-

Langues étrangères

Merci d'indiquer le niveau de compétence (lu, écrit, parlé)

-

-

-

-

Je soussigné _____ sollicite mon adhésion à l'UFPMTJ et je joins à cette demande :

- photocopie* de votre certificat (n'envoyez aucun original car aucun document ne sera retourné)
- le programme de votre formation mentionnant le nombre d'heure de formation dans les différentes disciplines
- une attestation de formation aux premiers secours de moins de 5 ans
- une attestation d'assurance RCP
- une attestation d'inscription à l'URSSAF
- une photo d'identité (avec votre nom inscrit au dos)
- ce dossier d'inscription entièrement rempli (4 pages)
- le règlement de votre cotisation (120€) par chèque à l'ordre de UFPMTJ

Merci d'adresser ce dossier complet à : UFPMTJ/adhésion - 3, rue Bargue - 75015 Paris – France
Seuls les dossiers complets seront examinés. La commission d'admission examinera votre dossier et vous adressera sa réponse dans un délai de 30 jours.

Date : / /

Signature obligatoire :