



ASSP

## Formulaire de demande d'adhésion 2025

Nom.....Prénom.....

Date de naissance.....Tel/Portable privé.....

Adresse résidentielle.....

Code Postal.....Ville.....Canton.....Pays.....

Adresse professionnelle.....

Code Postal.....Ville.....Canton.....Pays.....

Tel professionnel.....n° RCC.....

Email.....

Assurance RC: Assureur.....Police n° .....

L'ASSP est une association professionnelle, qui regroupe des sophrologues diplômés, des étudiants en sophrologie et des personnes souhaitant soutenir l'ASSP. Toute demande est sous réserve d'acceptation du

Les catégories d'adhésion:

**Membre A pro (160,00)**  Je souhaite être référencé dans l'annuaire l'ASSP  
(Merci de remplir le formulaire avec vos informations)

**Membre B étudiant (100,00)**

**Membre Ami** (La cotisation annuelle est de minimum CHF 50,00)

- Une copie de votre passeport ou carte d'identité;
- Copie du diplôme ou certificat précisant le nombre d'heures de formation (**Membre A**);
- Copie de l'inscription à l'établissement scolaire (**Membre B**).
- Copie de la preuve de paiement de votre adhésion.

**La présente demande dument remplie et les documents doivent être envoyés à l'ASSP:**  
[contact@sophrologues.ch](mailto:contact@sophrologues.ch)

Comité de l'ASSP.

Votre adhésion sera automatiquement renouvelée au début de chaque année courante, ce qui implique le règlement de la cotisation pour la période indiquée. L'interruption de votre adhésion se fait par votre demande formelle de démission auprès de notre secrétariat, par email, jusqu'à la fin du mois de septembre. Aucune exception sera accordée. Merci de votre compréhension.

N°compte postal ASSP: 14-531545-9  
IBAN: CH70 0900 0000 1453 1545 9  
BIC: POFICHBEXXX

09/2023

*Je certifie par ma signature que les renseignements ci-dessus sont exacts et conformes à la vérité, ainsi que l'authenticité des documents que je remets à l'ASSP. Je confirme également avoir lu, compris et accepté tous les points mentionnés dans les Statuts, le Code Déontologique et la Déclaration de Protection des Données de l'ASSP. J'accepte d'être contacté et de recevoir des informations de l'ASSP par email.*

**Lieu et date:**

**Signature:**