



# BULLETIN D'ADHESION

## Association Internationale des praticiens en décodage biologique des symptômes

24 le Clos Saint Michel 13400 AUBAGNE

Nom : .....

Prénom : .....

	Adresse	Téléphone	Email
Personnelle ( si pas d'adresse professionnelle)			
Professionnelle ( en priorité)			

### Je souhaite adhérer à l'Association Internationale des praticiens en décodage biologique des symptômes

#### au titre de :

- Professionnel apparaissant sur l'annuaire de l'association**  
Date de validation : ..... Formateur(s) : .....  
Statut professionnel : ..... N° Siret (ou autre) : .....
- Professionnel sans parution sur l'annuaire**  
Date de validation : ..... Formateur(s) : .....  
Statut professionnel : ..... N° Siret (ou autre) : .....
- Stagiaire en cours de formation**  
Intitulé du (ou des) stage(s) : ..... Date (s) et durée : ..... Formateur(s) : .....  
.....

- Sympathisant**  
Sympathisant:quelques mots pour décrire les motivations de mon adhésion :  
.....  
.....

#### **Pour une première adhésion, répondre au questionnaire joint**

J'accepte que mes coordonnées soient diffusées aux autres membres de l'association\* : **oui non**

\* entourer la mention

Je souhaite que mes coordonnées professionnelles apparaissent sur le site de l'association\* : **oui non**

**Je souhaite être intégré sur le groupe Whatsap de l'association \* : oui non**

Renvoyer les pièces jointes comme demandées dans le tableau, le règlement intérieur et le code de déontologie doivent être datés et signés, avec en mention votre nom et prénom. Renvoyer également les attestations de suivi de supervisions.

	chèque	Règlement intérieur	Code de déontologie	Diplôme	N° siret ou autre	Assurance responsabilité civile professionnelle	Supervision (voir critère d'admission et règlement intérieur)	Carnet de formation
Professionnel + annuaire	50 <sup>E</sup>	✓	✓	✓	✓	✓	2 minimum	
Professionnel sans annuaire	40 <sup>E</sup>	✓	✓	✓			✓	
Stagiaire	40 <sup>E</sup>	✓	✓				✓	✓
Sympathisant	40 <sup>E</sup>							

**Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations fournies**

À .....

Signature :

Le.....

**Cette adhésion sera soumise à l'approbation de la commission d'admission de l'Association**

Chèque à renvoyer à **Sylvie Baldacchino 8, rue Jean Daudin 75015 Paris**, à l'ordre de l'association **Internationale des praticiens en décodage biologique des symptômes (virement possible sur demande)**

Documents scannés sur l'adresse mail de l'association **asso.ipdbs@gmail.com**

**Ou envoi postal A MC Mouton 658 route des gorges 35800 Coublevie**



## BULLETIN D'ADHESION

**Association Internationale des praticiens en décodage biologique  
des symptômes**      24 le Clos Saint Michel 13400 AUBAGNE

### Questionnaire d'Information à remplir à l'inscription

*Merci de remplir ce questionnaire et de nous le renvoyer pour finaliser votre inscription.*

*Si vous êtes en cours de formation : indiquez-nous vos intentions, vos projets d'installation et vos besoins ou difficultés.*

*Si vous êtes déjà installé : ce questionnaire nous permettra de mieux vous connaître afin de pouvoir éventuellement vous recommander auprès de patients ou consultants.*

1. Depuis combien de temps exercez-vous votre activité de thérapeute ?

.....

2. Sous quelle appellation ?

.....

3. Sous quelle forme juridique exercez-vous ?

.....

4- Quel type de formation avez-vous suivi ? Avec quelle(s) école(s) ?

.....  
.....

5- Quels outils thérapeutiques utilisez-vous ?

.....  
.....

6- Êtes-vous régulièrement supervisé(e) et à quelle fréquence dans votre pratique ? Par qui ?

.....  
.....

7- Qu'attendez-vous de votre adhésion à l'AIPDBS ?

.....

8 – Qu'aimeriez-vous partager au sein de l'association

.....  
.....  
.....  
.....

.....

.....