



DEMANDE D'ADHESION

En caractères d'imprimerie s.v.p.!

Nom:
.....

Prénom:.....
.....

Adresse privée:.....
.....
.....

Adresse professionnelle:
.....
.....

- Diplôme: Ergothérapeute
 Orthophoniste
 Physiothérapeute
 Médecin

En quelle année?

Où et quand avez-vous suivi une formation spécialisée pour la thérapie neurodéveloppementale selon Bobath (NDT, concept Bobath)?

Quand?.....

Où?.....

Joindre copie de l'attestation s.v.p.

Lieu, date et signature:
.....
.....

La demande d'adhésion et la copie de l'attestation sont à adresser à:

förderraum Servicebüro
NDTSWISS
Poststrasse 15
9000 St. Gallen