



## ADHÉSION DE L'ASMR - ASSOCIATION SUISSE DES PRATICIENS DE LA MÉTHODE ROSEN® BULLETIN D'ADHÉSION / DÉMISSION

---

Nom / Prénom:

---

Date de naissance:

---

Adresse:

---

Adresse e-mail

---

Portable:

---

ASMR ([www.méthoderosen-suisse.ch](http://www.méthoderosen-suisse.ch)) > Adhésion depuis:

---

Rosen Instute ([www.roseninstitute.net](http://www.roseninstitute.net)) > Adhésion depuis:

---

Formation de Méthode Rosen® travail corporel: (Veuillez cocher la certification appropriée:)

---

- |   |           |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Intern pour Praticien/Praticienne de la MR® travail corporel (3-ième et dernière partie de la formation) > depuis: |           |
| <input type="checkbox"/> Praticien/Praticienne de la MR® travail corporel   | > depuis: |
| <input type="checkbox"/> Superviseur de la MR® travail corporel   | > depuis: |
| <input type="checkbox"/> Enseignante des cours d'introduction de la MR® travail corporel  | > depuis: |
| <input type="checkbox"/> Enseignante des cours d'intensives de la MR® travail corporel  | > depuis: |
| <input type="checkbox"/> Enseignante senior (Senior Teacher) de la MR® travail corporel   | > depuis: |
- 

Méthode Rosen® Mouvement:

---

- |   |           |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Intern pour Professeur de la MR® Mouvement (3-ième et dernière partie de la formation) > depuis: |           |
| <input type="checkbox"/> Professeur de la MR® Mouvement (atelier heptamodaire)  | > depuis: |
| <input type="checkbox"/> Superviseur de la MR® Mouvement  | > depuis: |
| <input type="checkbox"/> Enseignante des cours d'introduction de la MR® Mouvement   | > depuis: |
| <input type="checkbox"/> Enseignante des cours d'intensives de la MR® Mouvement   | > depuis: |
| <input type="checkbox"/> Enseignante senior (Senior Teacher) de la MR® Mouvement  | > depuis: |
-



## LES DONNÉES PERSONNELLES DE PRATIQUE DE LA MR® À PUBLIER SUR LE SITE DE L'ASMR

---

### Publication des informations sur la pratique

Les membres ont le droit de publier des informations sur la pratique, la formation, une brève déclaration personnelle ainsi qu'une photo (colorée, avec un fond calme) sur le site web de l'association [www.methoderosen-suisse.ch](http://www.methoderosen-suisse.ch).

Tout changement d'adresse ou de niveau de formation doit être envoyé à l'administration de l'association dans les meilleurs délais par E-mail.

Adresse du cabinet:

---

Portable:

---

Adresse E-Mail

---

Site web:

---

Langues:

---

Photo:

---

(Afin de garantir une image uniforme de la liste des praticiens, nous prions les membres de compléter leur info cabinet par **une photo portrait en couleur avec un arrière-plan calme**. Veuillez envoyer la photo **au format JPG** par e-mail à l'administration de l'ASMR (voir expéditeur).

Notes supplémentaires:

---

> d'autres travaux professionnels proches de la Méthode Rosen®

> brève déclaration personnelle sur la Méthode Rosen®



## BASES JURIDIQUES

---

### Informations sur les bases de l'association, la pratique professionnelle et la formation continue

(voir sous

- **Sit web de l'association -> [www.rosenmethode-schweiz.ch](http://www.rosenmethode-schweiz.ch)**
- **Domaine protégé pour les membres -> avec mot de passe d'accès : **rosen.17**** (Accès voir sur la page d'accueil au milieu au bord inférieur)
- **Statuts / Règlements / Organigramme**
- **Procès-verbaux des décisions de l'assemblée générale**
- **Code d'éthique du Rosen Institute**
- **Exigence de formation continue du Rosen Institute**
- **Informations sur l'association, la pratique et la formation continue (en pièce jointes):**

### Validité juridique de l'adhésion

L'adhésion est valablement confirmée par le paiement de la cotisation annuelle (selon la facturation).

### Résiliation/règlement d'exclusion

La résiliation de l'adhésion doit être adressée par écrit à l'administration de l'association au moins un mois avant la fin de l'année associative.

### Déclaration d'adhésion et confirmation des bases légales

---

Le/la soussigné(e) confirme son souhait d'adhérer à l'association ainsi que son accord avec les conditions susmentionnées d'adhésion à l'ASRM et de publication des données personnelles du cabinet sur le site Internet de l'association.

Lieu / date / signature

### Déclaration de démission

---

Le/la soussigné(e) souhaite démissionner de l'association.

Lieu / date / signature

Veuillez envoyer le formulaire signé par courrier postal ou électronique à l'administration de l'ASMR

#### Administration:

Franziska Gränicher  
adresse: Utengasse 50, CH-4058 Basel  
phone: +41 79 702 54 40  
e-mail: [f.graenicher@bluewin.ch](mailto:f.graenicher@bluewin.ch)