



Demande d'adhésion

NOM
Prénom
Né(e) le
Nationalité
Origine



Adresse professionnelle

Rue.....
NPA/Localité
Tél.
Mobile.....
E-mail

Adresse privée

Rue.....
NPA/Localité
Tél.
Mobile.....
E-mail

Cochez l'adresse que vous souhaitez pour le courrier postal : Adresse professionnelle
 Adresse privée

Formation de base

Titre/intitulé du diplôme
Nom de l'école
Lieu
Durée de formation du au.....
Date du diplôme

Pour les titres étrangers, joindre le certificat d'équivalence de la Croix-Rouge Suisse et mentionner la date d'obtention :

Formation continue (suivies depuis les 5 dernières années)

Titre de la formation	Date	Durée	Lieu
1)
2)

Expériences professionnelles (Remplacements, cabinets)

1. Du au (dates)
Auprès de (nom prénom du podologue ou employeur)
Adresse complète
Personne de contact / téléphone

2. Du au (dates)

Après de (nom prénom du podologue ou employeur)

Adresse complète

Personne de contact / téléphone

J'autorise la SSP à prendre des références auprès de [nom, prénom, téléphone]

Je travaille en tant que indépendant/e employé/e

Nom et adresse de l'employeur :

Administration

Finance d'inscription J'ai pris note que mon dossier d'adhésion sera traité dès que la SSP aura reçu le montant de la finance d'inscription de CHF. 50.-

Paiement de la finance d'inscription sur le compte Postfinance no 12-19084-5, Société Suisse des Podologues, 1024 Ecublens, IBAN CH95 0900 0000 1201 9084 5

Responsabilité civile Je souhaite contracter une RC par le biais de la SSP

J'ai déjà contracté une RC

Nom de l'assurance

N° de police

Date de conclusion du contrat

Autorisation de pratique Je suis en possession d'une telle autorisation

Accordée par le canton de

En date du

Affiliation AVS Je suis inscrit-e en tant qu'indépendant-e à la

caisse AVS de

Copie des documents à joindre à la présente

Pièce d'identité valable

Permis de travail (pour les non-résidents)

Diplôme – attestation de fin d'étude

Certificat d'équivalence

Attestation de formation continue

Attestation de la RC individuelle

Autorisation de pratique

Attestation d'affiliation à l'AVS en tant qu'indépendant / employé

Par ma signature, j'atteste de l'exactitude de tous les renseignements fournis ci-dessus et m'engage à fournir tous les documents demandés.

Je prends note que mes coordonnées professionnelles figureront sur le site internet de la SSP.

Lieu et date

Signature

Acceptée le

Signature de la présidente SSP

.....

.....



MISE A JOUR DU FICHER CENTRAL DES MEMBRES DE LA SSP

Nom, Prénom : **Date de naissance :**

	OUI	NON	
Pratiquez-vous toujours votre profession ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quelles sont vos pratiques professionnelles :			Date de formation
• Pédicurie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utilisation de la turbine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Onychoplastie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Orthonyxies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ languettes BS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ oméga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ fil de titane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Orthoplasties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Orthèses temporaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Orthèses digitoplantaires de repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Supports plantaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ thermoformés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ traditionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Examen biomécanique en dynamique (piste de marche et caméra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Examen de pressions en dynamique avec semelles embarquées ou plate-forme à capteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Posturologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cryothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Réflexologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Formation spécifique : pieds à risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Formation spécifique : pied diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres formations spécifiques :			
.....		
.....		
.....		

Langues parlées :

	OUI	NON
Pratiquez-vous		
• En cabinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• En institution (EMS, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A l'hôpital, clinique, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des patients le samedi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans votre cabinet, utilisez-vous un micro-moteur		
• Avec aspiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Air/eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Turbine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre cabinet est-il accessible pour un fauteuil roulant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaitez-vous que vos données professionnelles		
• soient transmises à des médecins, EMS, etc...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• soient transmises aux assurances en vue d'un éventuel remboursement des prestations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• soient mises à disposition des collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• soient mises à disposition de la FIP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques particulières :

.....

Lieu et date :

Signature :

Merci de compléter ce document et de le retourner avec votre demande d'adhésion à :

Société Suisse des Podologues
Secrétariat
Ch. des Champs-Courbes 15
1024 Ecublens