



Alliance Professionnelle des Naturopathes et Naturothérapeutes

Madame
Monsieur,

L'APNN est un regroupement multidisciplinaire de praticiens en santé naturelle reconnu par la majorité des compagnies d'assurances.

Ce qui unit chacun de nos membres est une conception globale et holistique de l'être humain dans ses réalités physique, émotive, mentale, énergétique et spirituelle.

L'existence d'un véritable corps professionnel des praticiens de la santé est une réalité bien tangible, un fait indiscutable.

L'APNN a comme mandat de :

- Regrouper ses thérapeutes, les informer et les soutenir dans leur travail;
- Faire connaître et apprécier davantage ces approches par la population;
- Faciliter l'accès au développement de nouvelles formes d'aide naturelle pour répondre de mieux en mieux aux besoins de la clientèle.

En devenant membre de l'APNN, chaque membre se donne une voie d'expression et de reconnaissance.

Pour soumettre votre candidature vous n'avez qu'à remplir et nous faire parvenir par la poste, le formulaire de demande d'adhésion qui se trouve en annexe du présent document; y joindre des photocopies de vos diplômes, attestations et relevés de notes pertinentes ainsi que le montant de la cotisation spécifié sur le formulaire (non encaissé si votre demande est refusée). Votre demande sera traitée dans les semaines qui suivent sa réception.

Dès que votre acceptation sera confirmée, nous vous contacterons et vous ferons parvenir un code de déontologie, un certificat de membre, votre numéro de permis, des formulaires de réclamations pour les assurances, ainsi que les informations nécessaires concernant les assurances erreurs et omissions.

Vous pouvez, selon votre besoin, communiquer avec nous par téléphone (514) 990 3664 ou par courriel au info@apnn.ca.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos sentiments les meilleures.

La direction de l'APNN

Services et privilèges offerts aux membres

1. Remise d'un certificat, confirmant votre adhésion pour l'année;
2. Code de déontologie;
3. Autorisation d'utiliser le reçu officiel de l'Alliance auprès de votre clientèle. Reconnaissance des reçus de consultations par la majorité des compagnies d'assurances qui offrent un plan de remboursement pour la discipline de naturopathie;
4. Validation des reçus d'assurance émis par les membres;
5. Supports, conseils et informations;
6. Reçu de votre cotisation annuelle pour fin d'impôt;
7. Autorisation d'utiliser le logo de l'APNN;
8. Accès à une assurance collective de responsabilité professionnelle erreur et omission « erreur professionnelle »;
9. Accès à une assurance personnalisé pour travailleurs autonomes.

En plus :

Vous serez assuré du service d'une équipe dynamique qui œuvre depuis 30 ans en naturopathie et médecine alternative. Cette équipe mettra son expérience à votre disposition, vous permettant ainsi de :

1. Recevoir des conseils au niveau de la mise à jour continue et de la supervision professionnelle;
2. D'obtenir des références de haut niveau de qualification pour tout problème relié à la profession;
3. De bénéficier d'une évaluation personnalisée de votre dossier académique sur demande;
4. De créer des relations professionnelles avec d'autres praticiens;
5. D'être entendu dans toute demande permettant à l'ensemble des membres de recevoir un meilleur service;
6. De profiter d'avantages réservés à des regroupements professionnels.

Critères de formation

1. VOUS DEVREZ FOURNIR :

- Une copie conforme à l'original de votre diplôme de naturopathie;
- Photocopies de tout autre diplôme relatif à la santé;
- Photocopie de vos relevés de notes (Titre, nombre d'heures, résultats).

2. UNE FORMATION EN NATUROPATHIE DOIT COMPRENDRE:

- Anatomie, physiologie, pathologie;
- Nutrition / alimentation;
- Relation d'aide;
- Méthodes d'évaluation et bilan de santé;
- Tenue de dossier, éthique professionnelle et code de déontologie;
- Écologie et environnement, fondements et lois naturopathiques.

Une ou plusieurs spécialisations dans les disciplines suivantes :

- Médecine énergétique
- Phytothérapie
- Lithothérapie
- Chromothérapie
- Gemmothérapie
- Digitopuncture ou manupuncture
- Toucher thérapeutique
- Biologie totale
- Aromathérapie
- Homéopathie
- Kinésiothérapie
- Hypnose
- Hygiène du colon
- PNL
- Focusing
- Trager
- Massage
- Relation d'aide
- Conseils en nutrition
- Oligothérapie et vitaminothérapie
- Reiki
- Réflexologie
- Nasosymphatico-thérapie
- Polarité
- Iridologie
- Musicothérapie
- Orthothérapie
- Drainage lymphatique
- Lympho-bioénergie
- Orthomoléculaire
- Feldenkrais
- Méthode Alexander
- Physiothérapie
- Ostéopathie
- Anatothérapie
- Autres...

Ainsi qu'un stage clinique ou une expérience pertinente auprès de la clientèle.

Critères d'admission

Toute personne diplômée dans une approche de santé peut en faire la demande. Son dossier sera étudié dans les plus brefs délais.

Vous devrez respecter les critères d'admission suivants :

- Avoir une formation professionnelle qui répond aux exigences de l'APNN;
- Respecter le code de déontologie;
- Être un thérapeute consciencieux qui agit professionnellement dans le respect total de la personne;
- Être convaincu des avantages de son approche et continuer à se perfectionner.

Comme vous avez pu le constater, il y a beaucoup d'avantages à devenir membre de l'APNN.

Vous connaissez peut-être un collègue thérapeute qui pourrait utiliser aussi ces services et privilèges. Transmettez-lui l'information...

Retournez-nous :

1. Le formulaire de demande d'adhésion complété. (Page 5-6-7)
2. Une photocopie de vos diplômes, certificats, attestations ou relevés de notes.
3. Un chèque au montant de la cotisation.

Dès que votre candidature sera acceptée, vous recevrez :

1. Un appel téléphonique de notre part
2. Le code de déontologie
3. Un certificat de membre de l'APNN.
4. Des copies du formulaire de réclamation pour les assurances.
5. Des informations au sujet des assurances d'erreurs et d'omissions, « négligence professionnelle ».
6. Des informations concernant l'accès à une assurance santé pour travailleurs autonomes.



Alliance Professionnelle des Naturopathes et Naturothérapeutes

Formulaire de demande d'adhésion

* Écrire en lettre moulées S.V.P.

Nom : _____ Prénom : _____

H F Autres _____ Date de naissance: _____

Adresse (domicile) _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____

Tél. : _____ Tél. (cellulaire) : _____

Email : _____

Adresse (bureau) _____

Tél. (bureau) : _____

Je désire m'inscrire comme membre (ne cochez qu'une seule case) :

Membre individuel
(310.00\$ txs incluses)

École
Membre ressource

Signature : _____

Date de la demande : _____



Joindre à votre envoi les photocopies de vos diplômes ainsi que votre chèque à l'ordre de l'APNN.



Quelles sont vos spécialités

Cochez les disciplines

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Naturopathie | <input type="checkbox"/> Conseils en nutrition |
| <input type="checkbox"/> Médecine énergétique | <input type="checkbox"/> Oligothérapie et vitaminothérapie |
| <input type="checkbox"/> Phytothérapie | <input type="checkbox"/> Reiki |
| <input type="checkbox"/> Lithothérapie | <input type="checkbox"/> Réflexologie |
| <input type="checkbox"/> Chromothérapie | <input type="checkbox"/> Nasosymphatico-thérapie |
| <input type="checkbox"/> Gemmothérapie | <input type="checkbox"/> Polarité |
| <input type="checkbox"/> Digitopuncture ou manupuncture | <input type="checkbox"/> Iridologie |
| <input type="checkbox"/> Toucher thérapeutique | <input type="checkbox"/> Musicothérapie |
| <input type="checkbox"/> Guérison spirituelle | <input type="checkbox"/> Orthothérapie |
| <input type="checkbox"/> Aromathérapie | <input type="checkbox"/> Drainage lymphatique |
| <input type="checkbox"/> Homéopathie | <input type="checkbox"/> Lympho-bioénergie |
| <input type="checkbox"/> Kinésiothérapie | <input type="checkbox"/> Physiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Hypnose | <input type="checkbox"/> Ostéopathie |
| <input type="checkbox"/> Coach de vie | <input type="checkbox"/> Anatothérapie |
| <input type="checkbox"/> Massage | <input type="checkbox"/> Autres (spécifiez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> PNL | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hygiène du colon | _____ |
| <input type="checkbox"/> Relation d'aide | _____ |

Si vous avez coché :

· **Massage**, spécifiez la ou les technique(s) : _____

· **Autres**, spécifiez : _____

Je soussigné(e) _____ affirme solennellement que les informations, diplômes, certificats, attestations et documents contenus dans ma demande d'adhésion à l'APNN sont exacts et authentiques.

Informations supplémentaires

Étude en cours : _____

Nom de l'institution : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Quelles sont les raisons qui motivent votre demande d'adhésion à l'APNN?

Comment avez-vous découvert l'existence de l'APNN?

Nommez les associations dont vous avez fait partie :

Avez-vous déjà été déclaré coupable d'une infraction criminelle?

Oui Non

Si oui, spécifiez la nature et l'année de l'infraction :

J'autorise l'APNN à faire la vérification du contenu de ma déclaration et de mon dossier en tout temps.

En foi de quoi j'ai signé devant témoin

Nom : _____ À : _____

Ce _____ jour du mois de _____ 20_____.

Signature : _____

Témoin :

Nom : _____ À : _____

Ce _____ jour du mois de _____ 20_____.

Signature : _____