



A.P.N.N.

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.

L'élément qui unit chacun de nos membres est une conception globale et holistique de l'être humain dans ses réalités physique, émotive, mental, 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 avant-gardistes 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 pertinents 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 inscrirons aux dossiers de L'Alliance 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, de même que l'accès, si vous le désirez, à une assurance santé pour travailleurs autonomes.

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

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

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 sigle 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 près de 35 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;

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 et physiologie;
- Nutrition;
- Orthomoléculaire;
- Pathologie;
- Relation d'aide;
- Détoxification et drainage
- Méthodes d'évaluation et bilan de santé naturopathique;
- Tenue de dossier, plan de traitement, éthique professionnelle et code de déontologie;
- Rôles et fondements naturopathiques.

Une ou plusieurs spécialisations dans les disciplines suivantes :

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

Ainsi qu'un stage clinique 500 heures 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 de son école de pensée tout en respectant celle des autres.

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...

Devenez membre...

Retournez-nous :

1. Le formulaire de demande d'adhésion complété.
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. Le code de déontologie.
2. Un certificat de membre de l'APNN.
3. Votre numéro de membre.
4. Des copies du formulaire de réclamation pour les assurances.
5. Des informations au sujet des assurances d'erreurs et d'omissions, « mal practice ».



Alliance Professionnelle des Naturopathes et Naturothérapeutes

Formulaire de demande d'adhésion

* Écrire en lettre moulées S.V.P.

Nom : _____ Prénom : _____

H ☐ F ☐ Autre ☐ Date de naissance: _____

Adresse (domicile) _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____

Tél. (domicile) : _____ Tél. (cellulaire) : _____

Email : _____

Adresse (travail) _____

Tél. (travail) : _____

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

☐ **Membre individuel**
(360.00\$ taxes 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.



235-A, rue Saint-Pierre, Saint-Constant (Québec) J5A 2A4
Téléphone : 514 990-3664

Quelles sont vos spécialités

Cochez les disciplines

- ☐ Naturopathie
- ☐ Médecine énergétique
- ☐ Phytothérapie
- ☐ Lithothérapie
- ☐ Chromothérapie
- ☐ Gemmothérapie
- ☐ Digitopuncture ou manupuncture
- ☐ Toucher thérapeutique
- ☐ Guérison spirituelle
- ☐ Aromathérapie
- ☐ Homéopathie
- ☐ Kinésiothérapie
- ☐ Hypnose
- ☐ Sophrologie
- ☐ Massage
- ☐ PNL
- ☐ Hygiène du colon
- ☐ Relation d'aide

- ☐ Conseils en nutrition
- ☐ Oligothérapie et vitaminothérapie
- ☐ Reiki
- ☐ Réflexologie
- ☐ Nasosympathico-thérapie
- ☐ Polarité
- ☐ Iridologie
- ☐ Musicothérapie
- ☐ Orthothérapie
- ☐ Drainage lymphatique
- ☐ Lympho-bioénergie
- ☐ Physiothérapie
- ☐ Ostéopathie
- ☐ Anatothérapie
- ☐ Autres (spécifiez) : _____

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 relatives à l'adhésion

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 : _____