

# Association de l'Eurythmie Thérapeutique

Le Rey. 12200 Savignac. Fr. Tél : +33 (0)5 65 295 778 [secretariat@eurythmie-therapeutique.fr](mailto:secretariat@eurythmie-therapeutique.fr) [www.eurythmie-therapeutique.fr](http://www.eurythmie-therapeutique.fr)

---

## Fiche à compléter par les Eurythmistes Thérapeutes pour l'adhésion à l'association

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_ **Nationalité :** \_\_\_\_\_

**Adresse privé :** \_\_\_\_\_

  

**Téléphone** \_\_\_\_\_ **Email :** \_\_\_\_\_

**Vous travaillez :**

En cabinet privé       Dans les écoles       En institutions de pédagogie curative

En cliniques       Autres :  Spécifié \_\_\_\_\_

**Adresse Professionnelle :** \_\_\_\_\_

  

**Téléphone :** \_\_\_\_\_ **Email :** \_\_\_\_\_

**Formation Eurythmie de base.** Date du diplôme : \_\_\_\_\_  
Nom de la formation, lieu : \_\_\_\_\_

**Formation Eurythmie Thérapeutique.** Date du diplôme : \_\_\_\_\_  
Nom de la formation, lieu : \_\_\_\_\_

**Travaille en tant que :** (ex : libéral, salarié, autres). \_\_\_\_\_

**Spécifié l'appellation sur la déclaration professionnelle :** (ex : Eurythmiste, Eurythmiste thérapeute, Eu. de santé, ou autres). \_\_\_\_\_

**Cotisation annuelle :** (année civile) 30 euro

En devenant membre de l'association, je recevrais les statuts, le règlement intérieur, le guide éthique et les Directives

Lieu / Date : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

### Merci de joindre à cette adhésion :

- La copie du diplôme Eurythmie
- La copie du diplôme Eurythmie Thérapeutique
- La copie de l'enregistrement professionnel (Urssaf, Salarié..)

### Merci de répondre aux questions supplémentaires suivantes :

# Association de l'Eurythmie Thérapeutique

Le Rey. 12200 Savignac. Fr. Tél : +33 (0)5 65 295 778 [secretariat@eurythmie-therapeutique.fr](mailto:secretariat@eurythmie-therapeutique.fr) [www.eurythmie-therapeutique.fr](http://www.eurythmie-therapeutique.fr)

---

Avez-vous fait une formation de spécialisation :

- Adultes     Enfants     Personnes âgées     Pédagogie curative  
 Yeux     Dents     Sociothérapie     Psychiatrie

**Date/lieu du (des) certificats :**

**Label AnthroMed® :**

Voulez-vous obtenir le Label AnthroMed® pour une cotisation annuelle de 10 euro

- Oui     Non

**Lieu / date :**

**Signature**