



## Bulletin d'adhésion 2025

### COORDONNÉES

Nom  Pénom   
Date de naissance   
Adresse   
CP  Ville   
Téléphone  Email

### FORMATION

Année d'obtention du ou des brevet(s) :

Clinique    
Gestion

### EMPLOYEUR ACTUEL et lieu de travail , canton

Employée comme CMA ? Oui  Non

### TYPE D'ADHÉSION :

Membre active  Membre bienfaiteur  
 Membre passive  Membre d'honneur

**Je confirme avoir lu et pris connaissance des statuts de l'ACMA :**

La définition du type de membre et le prix de la cotisation annuelle s'y reportant sont décrits dans les statuts que vous trouverez sur notre site internet.

Pour valider votre demande d'adhésion, merci de

- 1) JOINDRE 1 copie de votre ou vos diplôme(s) du BF
- 2) CONFIRMER avoir pris connaissance et accepté les statuts de l'association (sur site internet)
- 3) imprimer, signer et scanner cette fiche et la renvoyer avec votre BF à l'adresse mail suivante : [secretariat@association-cma.ch](mailto:secretariat@association-cma.ch)

Signature et date :