

Pour les enseignants qui ne sont pas porteurs d'un certificat de qualification professionnelle délivré par *asca nova sana*, veuillez nous communiquer, ci-dessous, leurs coordonnées pour leurs adresser une formule de demande de certificat.

Nom	Prénom	Adresse	Lieu	N° postal

Techniques et disciplines enseignées

(Voir formule « Thérapies / Labels)

Techniques fondamentales	Nbr. heures théorie	Nbr. heures pratique	Nbr. heures devoirs	Total des heures
<input type="checkbox"/> Médecine Anthroposophique				
<input type="checkbox"/> Médecine Ayurvédique				
<input type="checkbox"/> Médecine quantique				
<input type="checkbox"/> Médecine Traditionnelle Chinoise				
<input type="checkbox"/> Chiropraxie				
<input type="checkbox"/> Homéopathie				
<input type="checkbox"/> Kinésithérapie				
<input type="checkbox"/> Naturopathie				
<input type="checkbox"/> Ostéopathie				

Thérapies principales	Nbr. heures théorie	Nbr. heures pratique	Nbr. heures devoirs	Total des heures
<input type="checkbox"/> Acupuncture				
<input type="checkbox"/> Aromathérapie				
<input type="checkbox"/> Diététique - nutrition				
<input type="checkbox"/> Etiopathie				
<input type="checkbox"/> Herboristerie				
<input type="checkbox"/> Hydrothérapie				
<input type="checkbox"/> Kinésiologie				
<input type="checkbox"/> Magnétothérapie				
<input type="checkbox"/> Mésothérapie				
<input type="checkbox"/> Respiration - oxygénation				

Classification des thérapies par techniques

Art-Thérapeutique	Nbr. heures théorie	Nbr. heures pratique	Nbr. heures devoirs	Total des heures.
<input type="checkbox"/> Musicothérapie				
<input type="checkbox"/> Tomatis méthode				
Bioénergie				
<input type="checkbox"/> Chromatothérapie				
<input type="checkbox"/> Reiki				
<input type="checkbox"/> Rééquilibrage énergétique				
Massothérapie				
<input type="checkbox"/> Drainage lymph. DLM VODDER				

<input type="checkbox"/> Fasciathérapie				
<input type="checkbox"/> Massage Bien être				
Phytothérapie				
<input type="checkbox"/> Fleurs de Bach				
<input type="checkbox"/> Sel de Schussler				
Psychothérapie				
<input type="checkbox"/> Coaching				
<input type="checkbox"/> Gestalt-thérapie				
<input type="checkbox"/> Hypnose				
<input type="checkbox"/> Décodage biologique				
<input type="checkbox"/> Psychogénéalogie				
<input type="checkbox"/> PNL				
<input type="checkbox"/> Rebirth				
<input type="checkbox"/> Relation d'aide				
<input type="checkbox"/> Relaxation				
<input type="checkbox"/> Sophrologie				
Réflexothérapie				
<input type="checkbox"/> Auriculothérapie				
<input type="checkbox"/> Accupressure				
<input type="checkbox"/> Réflexologie fasciale				
<input type="checkbox"/> Réflexologie plantaire				
<input type="checkbox"/> Réflexologie palmaire				
<input type="checkbox"/> Shiatsu				

Autres thérapies	Nbr. heures théorie	Nbr. heures pratique	Nbr. heures devoirs	Total des heures

Divers

Question 1

Début de l'activité de l'école _____

Question 2

Soutien de cours Brochures détaillées Planches d'anatomie Informatique

Question 3

Examens Oral Pratique Présentation mémoire

Remarques _____

Documents à produire

- Programme détaillé de chaque cours de formation
- Un exemplaire de certificat ou diplôme, ou tout autre document délivré par l'école

Je certifie sur l'honneur et par ma signature que les renseignements ci-dessus sont exacts et conforme à la vérité.

Date _____

Cachet et signature