

SVSP
ASPS
ASFS
Feithierenstr. 140
CH – 3952 Susten (Vs)
www.sportfisio.ch
info@sportfisio.ch
secretary@sportfisio.ch
iban: CH08 0900 0000 3064 3095 6

ANTRAGSFORMULAR

Sehr geehrte Kollegen, sehr geehrte Kolleginnen,
besten Dank für Ihr Interesse am Sportphysiotherapieverband. Der Vorstand des
SVSP wird die untenstehenden Angaben gemäss der in Artikel 4 der Statuten des
Verbandes definierten Aufnahmebedingungen prüfen.

NAME _____

VORNAME _____

ADRESSE _____

PLZ / ORT _____

TELEFON G. _____ PRIV. _____

NATEL _____ FAX NR. _____

E-MAIL _____

PHYSIOTHÉRAPIEDIPLOM*/ ORT / DIPLOMJAHR _____

(*Bitte SRK-Anerkennung beilegen)

AUSBILDUNG AUF DEM GEBIET DER SPORTPHYSIOTHERAPIE

(*Bitte Zeugniskopie beilegen)

AUSBILDUNG/JAHR

CAS _____

DAS _____

MAS _____

First aid course _____

Anti-doping course _____

PRAKTISCHE TÄTIGKEIT IN DER SPORTPHYSIOTHERAPIE

(*bitte Bestätigung beilegen)

Verband/Verein/Sportler

Jahr

KORRESPONDENZSPRACHE

☐ DEUTSCH ☐ FRANZÖSISCH ☐ ITALIENISCH

ORT

DATUM

UNTERSCHRIFT

BITTE SENDEN AN:

Fr. Nicole Steiner-Ambiel

Geschäftsstelle SPORTFISIO

Feithierenstrasse 140

CH-3952 Susten

BESTÄTIGUNG DER SPORTPHYSIOTHERAPEUTISCHEN TÄTIGKEIT

Wir bestätigen die sportphysiotherapeutische Tätigkeit in unserem Sportverband/-Verein oder mit Einzelsportlern für:

Name / Vorname

Name des Verbandes / Vereins / Sportlers

Dauer der Tätigkeit

Verbands-/Vereinsstempel

ORT

Datum

Unterschrift

BITTE SENDEN AN:

Fr. Nicole Steiner-Ambiel

Geschäftsstelle SPORTFISIO

Feithierenstrasse 140

CH-3952 Susten