



Bulletin d'adhésion 2026

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

Signature et date :