



## **Alliance Professionnelle des Naturopathes et Naturothérapeutes**

---

Madame  
Monsieur,

L'APNN est un regroupement multidisciplinaire de praticiens en santé naturelle reconnu par la majorité des compagnies d'assurances.

L'élément qui unit chacun de nos membres est une conception globale et holistique de l'être humain dans ses réalités physique, émotive, cognitive, énergétique et spirituelle.

L'existence d'un véritable corps professionnel des praticiens de la santé est une réalité bien tangible, un fait indiscutable.

L'APNN a comme mandat de :

- Regrouper ses thérapeutes, les informer et les soutenir dans leur travail;
- Faire connaître et apprécier davantage ces approches par la population;
- Faciliter l'accès au développement de nouvelles formes d'aide avant-gardistes pour répondre de mieux en mieux aux besoins de la clientèle.

En devenant membre de l'APNN, chaque membre se donne une voie d'expression et de reconnaissance.

Pour soumettre votre candidature vous n'avez qu'à remplir et nous faire parvenir par la poste, le formulaire de demande d'adhésion qui se trouve en annexe du présent document; y joindre des photocopies de vos diplômes, attestations et relevés de notes pertinents ainsi que le montant de la cotisation spécifié sur le formulaire (non encaissé si votre demande est refusée). Votre demande sera traitée dans la semaine qui suit sa réception.

Dès que votre acceptation sera confirmée, nous vous inscrirons aux dossiers de L'Alliance et vous ferons parvenir un code de déontologie, un certificat de membre, votre numéro de permis, des formulaires de réclamations pour les assurances, des originaux de logo de l'APNN de différentes grandeurs ainsi que les informations nécessaires concernant : les assurances erreurs et omissions, de même que l'accès, si vous le désirez, à une assurance santé pour travailleurs autonomes.

Vous pouvez, selon votre besoin, communiquer avec nous par téléphone (514) 990 3664, par écrit ou tout simplement [apnn@videotron.ca](mailto:apnn@videotron.ca) .

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos sentiments les meilleures.

La direction de l'APNN

---

# Services et privilèges offerts aux membres

1. Remise d'un certificat, confirmant votre adhésion pour l'année;
2. Code de déontologie;
3. Autorisation d'utiliser le reçu officiel de l'Alliance auprès de votre clientèle. Reconnaissance des reçus de consultations par la majorité des compagnies d'assurances qui offrent un plan de remboursement pour la discipline de naturopathie;
4. Validation des reçus d'assurance émis par les membres;
5. Supports, conseils et informations;
6. Reçu de votre cotisation annuelle pour fin d'impôt;
7. Autorisation d'utiliser le sigle de l'APNN (logo).
8. Accès à une assurance collective de responsabilité professionnelle erreur et omission « erreur professionnelle » (1 000 000\$ à 2 000 000\$ par litige).
9. Accès à une assurance personnalisé pour travailleurs autonomes.

## **En plus :**

Vous serez assuré du service d'une équipe dynamique qui œuvre depuis près de 30 ans en naturopathie et médecine alternative. Cette équipe mettra son expérience à votre disposition, vous permettant ainsi de :

1. Recevoir des conseils au niveau de la mise à jour continue et de la supervision professionnelle;
2. D'obtenir des références de haut niveau de qualification pour tout problème relié à la profession;
3. De bénéficier d'une évaluation personnalisée de votre dossier académique sur demande;
4. De créer des relations professionnelles avec d'autres praticiens;
5. D'être entendu dans toute demande permettant à l'ensemble des membres de recevoir un meilleur service;
6. De profiter d'avantages réservés à des regroupements professionnels.

# Critères de formation

## 1. VOUS DEVREZ FOURNIR :

- Une copie conforme à l'original de votre diplôme de naturopathie;
- Photocopies de tout autre diplôme relatif à la santé;
- Photocopie de vos relevés de notes (Titre, nombre d'heures, résultats).

## 2. UNE FORMATION EN NATUROPATHIE DOIT COMPRENDRE:

- Anatomie, physiologie, pathologie;
- Nutrition / alimentation;
- Relation d'aide;
- Méthodes d'évaluation et bilan de santé;
- Tenue de dossier, éthique professionnelle et code de déontologie;
- Écologie et environnement, fondements et lois naturopathiques.

Une ou plusieurs spécialisations dans les disciplines suivantes :

- Médecine énergétique (auriculo-thérapie, ostéo énergétique, sacto)
- Phytothérapie
- Lithothérapie
- Chromothérapie
- Gemmothérapie
- Digitopuncture ou manupuncture
- Toucher thérapeutique
- Biologie totale
- Aromathérapie
- Homéopathie
- Kinésiothérapie
- Hypnose
- Sophrologie
- Hygiène du colon
- PNL
- Focusing
- Trager
- Massage
- Relation d'aide
- Conseils en nutrition
- Oligothérapie et vitaminothérapie
- Reiki
- Réflexologie
- Nasosymphatico-thérapie
- Polarité
- Iridologie
- Musicothérapie
- Orthothérapie
- Drainage lymphatique
- Lympho-bioénergie
- Orthomoléculaire
- Feldenkrais
- Méthode Alexander
- Physiothérapie
- Ostéopathie
- Anatothérapie
- Autres...

Ainsi qu'un stage clinique ou une expérience pertinente auprès de la clientèle.

# Critères d'admission

Toute personne diplômée dans une approche de santé peut en faire la demande. Son dossier sera étudié dans les plus brefs délais.

Vous devrez respecter les critères d'admission suivants :

- Avoir une formation professionnelle qui répond aux exigences de l'APNN;
- Respecter le code de déontologie;
- Être un thérapeute consciencieux qui agit professionnellement dans le respect total de la personne; connaître ses limites de compétence.
- Être convaincu des avantages de son approche et de son école de pensée tout en respectant celle des autres.

---

Comme vous avez pu le constater, il y a beaucoup d'avantages à devenir membre de l'APNN.

Vous connaissez peut-être un collègue thérapeute qui pourrait utiliser aussi ces services et privilèges. Transmettez-lui l'information...

## **Devenez membre...**

Retournez-nous :

1. Le formulaire de demande d'adhésion complété.
2. Une photocopie de vos diplômes, certificats, attestations ou relevés de notes.
3. Un chèque au montant de la cotisation indiquée dans la catégorie de membre dans laquelle vous vous inscrivez.

## **Dès que votre candidature sera acceptée, vous recevrez :**

1. Le code de déontologie.
2. Un certificat de membre de l'APNN.
3. Votre numéro de membre.
4. Des copies du formulaire de réclamation pour les assurances.
5. Les originaux du logo de l'APNN.
6. Des informations au sujet des assurances d'erreurs et d'omissions, « mal practice ».
7. Des informations concernant l'accès à une assurance santé pour travailleurs autonomes.



## Alliance Professionnelle des Naturopathes et Naturothérapeutes

### Formulaire de demande d'adhésion

\* Écrire en lettre moulées S.V.P.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

H  F  Date de naissance: \_\_\_\_\_

Adresse (maison) \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. (maison) : \_\_\_\_\_ Tél. (cellulaire) : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Adresse (travail) \_\_\_\_\_

Tél. (travail) : \_\_\_\_\_

Je désire m'inscrire comme membre (ne cochez qu'une seule case) :

**Membre individuel**  
( 300.00\$ txs incluses )

**Membre École**

Signature : \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_\_

➔ Joindre à votre envoi les photocopies de vos diplômes ainsi que votre chèque à l'ordre de l'APNN.



235 A rue Saint-Pierre, Saint-Constant (Québec) J5A 2A4  
Téléphone : 514 990-3664

# Quelles sont vos spécialités

Cochez les disciplines

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Naturopathie                   | <input type="checkbox"/> Conseils en nutrition             |
| <input type="checkbox"/> Médecine énergétique           | <input type="checkbox"/> Oligothérapie et vitaminothérapie |
| <input type="checkbox"/> Phytothérapie                  | <input type="checkbox"/> Reiki                             |
| <input type="checkbox"/> Lithothérapie                  | <input type="checkbox"/> Réflexologie                      |
| <input type="checkbox"/> Chromothérapie                 | <input type="checkbox"/> Nasosympathico-thérapie           |
| <input type="checkbox"/> Gemmothérapie                  | <input type="checkbox"/> Polarité                          |
| <input type="checkbox"/> Digitopuncture ou manupuncture | <input type="checkbox"/> Iridologie                        |
| <input type="checkbox"/> Toucher thérapeutique          | <input type="checkbox"/> Musicothérapie                    |
| <input type="checkbox"/> Guérison spirituelle           | <input type="checkbox"/> Orthothérapie                     |
| <input type="checkbox"/> Aromathérapie                  | <input type="checkbox"/> Drainage lymphatique              |
| <input type="checkbox"/> Homéopathie                    | <input type="checkbox"/> Lympho-bioénergie                 |
| <input type="checkbox"/> Kinésiothérapie                | <input type="checkbox"/> Physiothérapie                    |
| <input type="checkbox"/> Hypnose                        | <input type="checkbox"/> Ostéopathie                       |
| <input type="checkbox"/> Sophrologie                    | <input type="checkbox"/> Anatothérapie                     |
| <input type="checkbox"/> Massage                        | <input type="checkbox"/> Autres (spécifiez) : _____        |
| <input type="checkbox"/> PNL                            | _____  |
| <input type="checkbox"/> Hygiène du colon               | _____  |
| <input type="checkbox"/> Relation d'aide                | _____  |

Si vous avez coché :

- **Massage**, spécifiez la ou les technique(s) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- **Autres**, spécifiez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ affirme solennellement que les informations, diplômes, certificats, attestations et documents contenus dans ma demande d'adhésion à l'APNN sont exacts et authentiques.

## Informations supplémentaires relatives à l'adhésion

Étude en cours : \_\_\_\_\_

Nom de l'institution : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Quelles sont les raisons qui motivent votre demande d'adhésion à l'APNN?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comment avez-vous découvert l'existence de l'APNN?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nommez les associations dont vous avez fait partie :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été déclaré coupable d'une infraction criminelle?

Oui  Non

Si oui, spécifiez la nature et l'année de l'infraction :

\_\_\_\_\_

J'autorise l'APNN à faire la vérification du contenu de ma déclaration et de mon dossier en tout temps.

En foi de quoi j'ai signé devant témoin

Nom : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_

Ce \_\_\_\_\_ jour du mois de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

Signature : \_\_\_\_\_

**Témoin :**

Nom : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_

Ce \_\_\_\_\_ jour du mois de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

Signature : \_\_\_\_\_