

Demande d'admission membres individuels

A remplir par la FSAP

Groupe régional _____ Numéro FSAP _____

Renseignements personnels

 Madame Monsieur sans formule

Nom _____ Prénom _____

Titre (dipl.) _____ Titre acad. (Dr. / Prof.) _____

Date de naissance _____ Nationalité _____ Sexe _____

Adresse privée

Rue/Numéro _____ Case postale _____

NPA/Lieu _____ Pays _____

Téléphone _____ Courriel _____

Adresse professionnelle/Employeur

Raison sociale _____

Rue/Numéro _____ Case postale _____

NPA/Lieu _____ Pays _____

Téléphone (centrale) _____ Téléphone (direct) _____

Courriel _____ Site internet _____

Formation et perfectionnement

Premier cycle d'études

Nom de l'école _____

Lieu _____ Filière/Faculté _____

Durée de formation _____ Points ECTS _____

Début des études _____ Date du diplôme _____

Diplôme de _____

joindre une photocopie du diplôme ou de l'attestation d'étudiant

Etudes complémentaires

Nom de l'école _____

Lieu _____ Filière/Faculté _____

Durée de formation _____ Points ECTS _____

Début des études _____ Date du diplôme _____

Diplôme de _____

joindre une photocopie du diplôme ou de l'attestation d'étudiant

Etudes postgrades/MAS

Nom de l'école _____

Lieu _____ Filière/Faculté _____

Durée de formation _____ Points ECTS _____

Début des études _____ Date du diplôme _____

Diplôme de _____

joindre une photocopie du diplôme ou de l'attestation d'étudiant

Formation continue/CAS

| Cours, cycle, école | Durée de/à | Diplôme/certificat | Points ECTS |
|---------------------|------------|--------------------|-------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Carrière professionnelle

Activité actuelle

Raison sociale _____

Fonction/poste _____ depuis _____

Description _____

Activités précédentes

Raison sociale _____

Fonction/poste _____ Période _____

Raison sociale _____

Fonction/poste _____ Période _____

Raison sociale _____

Fonction/poste _____ Période _____

Raison sociale _____

Fonction/poste _____ Période _____

Raison sociale _____

Fonction/poste _____ Période _____

Autres activités professionnelles

Etudes, engagement politique, services administratifs

Références personnelles

Mentionner deux membres individuels de la FSAP en mesure de donner des renseignements vous concernant:

Nom _____ Prénom _____

Téléphone _____ Courriel _____

Nom _____ Prénom _____

Téléphone _____ Courriel _____

Données pour la Fédération

Langue

Langue de correspondance Allemand Français

Adresse postale

Correspondance/informations FSAP Adresse privée Adresse professionnelle

Revue anthos (trimestrielle) Adresse privée Adresse professionnelle

Factures Adresse privée Adresse professionnelle

Affiliations

Membre junior FSAP

SIA

REG A pour architectes paysagistes REG B pour architectes paysagistes

autres _____

Groupe régional

Chaque membre de la FSAP est obligatoirement membre d'un groupe régional de son choix (exception : lieu de travail à l'étranger)

Aargau Bern-Solothurn Innerschweiz-Tessin Nordwestschweiz

Ostschweiz Suisse romande Zürich (Etranger)

Requête d'admission

Lieu/Date _____ Signature _____

Je m'engage à observer les Statuts, le Règlement d'admission et le Règlement de cotisation et m'engage à respecter le code d'honneur.

Annexes

Copie du diplôme d'architecte paysagiste

autres _____