



Demande d'inscription en tant que diététicien:ne aha!

À retourner par voie électronique à info@aha.ch.

1. Formation de base

Formation de diététicien(ne) BSc / MSc Diététicien(ne) diplômé(e):ES	Diplôme, Bachelor ou Master
OU formation comparable (reconnue par le Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI) en Suisse)	Confirmation du SEFRI

2. Formation(s) continue(s)

Formation continue qualifiée (FC) dans le domaine spécifique

J'ai suivi des formations continues dans les domaines suivants :	Année	Diplôme / Attestation de formation continue
FC de aha! Centre d'Allergie Suisse		
FC sur le thème des FODMAP		
FC sur le thème de la maladie cœliaque		
FC Spécialiste en nutrition de DAAB		
CAS Nahrungsmittelallergien und Nahrungsmittelintoleranzen BFH		
CAS Éducation thérapeutique du patient		

Autres formations continues, groupes spécialisés, supervisions, interventions et expériences

Description	Année	Diplôme / Attestation de formation continue / Attestation de participation à un groupe spécialisé



3. Attestation d'expérience (au moins 1 an) dans les domaines de spécialisation

Expérience professionnelle pertinente pour les thèmes de aha! Centre d'Allergie Suisse	Expérience sur une échelle de 1-4 (1=peu d'expérience, 4=beaucoup d'expérience)	À quel pourcentage (%) occupez-vous votre emploi actuel ?	Référence d'une entreprise / organisation / supérieur:e(s) hiérarchique(s) / personne(s) référente(s) / collègue(s) de travail
Allergies alimentaires			
Intolérances alimentaires (fructose, lactose, intolérance aux alcools de sucre)			
Syndrome du côlon irritable / FODMAP			
Mauvaise colonisation bactérienne (SIBO)			
Intolérance à l'histamine			
Coeliakie, NCGS			
Œsophagite à éosinophiles			
Autres:			

4. Coordonnées pour notre site internet : aha.ch

Adresse du lieu de travail :	
Nom:	
Pénom:	
Rue:	
Code postal et lieu:	
Canton:	
Numéro de téléphone:	
Adresse e-mail:	
Site internet:	

J'accepte d'être listé.e avec les coordonnées ci-dessus.





Je donne régulièrement des consultations dans ce(s) domaine(s) et me sens compétent.e:			
<input type="checkbox"/>	Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/>	Coeliakie
<input type="checkbox"/>	Œsophagite à éosinophiles	<input type="checkbox"/>	Non Celiac Gluten Sensitivity (NCGS)
<input type="checkbox"/>	Intolérance au lactose	<input type="checkbox"/>	Intolérance à l'histamine
<input type="checkbox"/>	Intolérance au fructose	<input type="checkbox"/>	Syndrome du côlon irritable, FODMAP
<input type="checkbox"/>	Mauvaise colonisation bactérienne (SIBO)	<input type="checkbox"/>	Intolérance aux alcools de sucre
<input type="checkbox"/>	(Autre domaine)		

J'effectue des consultations auprès de ce(s) groupe(s) d'âge:			
<input type="checkbox"/>	enfants	<input type="checkbox"/>	adultes
<input type="checkbox"/>	adolescents		

Je peux donner des consultations dans les langues suivantes:			
<input type="checkbox"/>	Allemand	<input type="checkbox"/>	Anglais
<input type="checkbox"/>	Français	<input type="checkbox"/>	Espagnol
<input type="checkbox"/>	Italien	<input type="checkbox"/>	Autre(s) langue(s):

Par la présente, je confirme l'exactitude de mes données.

Lieu et date	Nom et signature
--------------	------------------