



FORMULAIRE DE DEMANDE D’AFFILIATION

I. Identification de l’affilié-e

1.1 Adresse Privée Officielle

Nom	
Prénom	
Rue et n°	
Localité	
Code postal	
Province	
Pays	
Date de naissance/...../.....
E-mail	
GSM - Téléphone	
Photo 120x160 pixels jointe ? (Pour insertion dans l’annuaire de l’AMAT)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

II. Pôle structurel / Lieu d'activité

2.1 Je suis indépendant·e / indépendant·e complémentaire

Nom d'exploitation	
Numéro d'entreprise*	
R.C. Professionnelle* (couvrant la pratique en médiation animale)	Compagnie : Police N°
Responsable comptable / Financier	<input type="checkbox"/> Oui => Nom et Coordonnées : <input type="checkbox"/> Non
Lieu d'activité :	<input type="checkbox"/> Idem adresse personnelle <input type="checkbox"/> Différent adresse personnelle => Remplir ci-dessous svp.
Rue et numéro	
Localité	
Code postal	
Province	
Pays	
Site Internet	
E-mail	
GSM - Téléphone	

2.2 Je suis salarié-e / travaille pour une personne morale

a. Lieu d'activité principal

Votre statut*	<input type="checkbox"/> indépendant.e <input type="checkbox"/> indépendant.e complémentaire <input type="checkbox"/> salarié.e	<input type="checkbox"/> stagiaire <input type="checkbox"/> étudiant.e <input type="checkbox"/> bénévole <input type="checkbox"/> autre :
Nom de la personne morale	
Raison sociale	<input type="checkbox"/> ASBL <input type="checkbox"/> SRL <input type="checkbox"/> S.A. <input type="checkbox"/> Association de fait <input type="checkbox"/> Autre - Précisez	
Numéro d'entreprise*		
R.C. Entreprise* (couvrant la pratique en médiation animale)	Compagnie : Police N°	
Responsable de la structure	NOM et Prénom : Statut au sein de la structure :	
Responsable comptable / Financier	O Oui => Nom et Coordonnées : O Non	
Lieu d'activité :	O Idem adresse personnelle O Différent adresse personnelle => Remplir ci-dessous svp.	
Rue et numéro		
Localité		
Code postal		
Province		
Pays		
Site Internet		
E-mail		
GSM - Téléphone		

b. Lieu d'activité secondaire / supplémentaire

Votre statut*	<input type="checkbox"/> indépendant.e <input type="checkbox"/> indépendant.e complémentaire <input type="checkbox"/> salarié.e	<input type="checkbox"/> stagiaire <input type="checkbox"/> étudiant.e <input type="checkbox"/> bénévole <input type="checkbox"/> autre :
Nom de la personne morale	
Raison sociale	<input type="checkbox"/> ASBL <input type="checkbox"/> SRL <input type="checkbox"/> S.A. <input type="checkbox"/> Association de fait <input type="checkbox"/> Autre - Précisez	
Numéro d'entreprise*		
R.C. Entreprise* (couvrant la pratique en médiation animale)	Compagnie : Police N°	
Responsable de la structure	NOM et Prénom : Statut au sein de la structure :	
Responsable comptable / Financier	<input type="radio"/> Oui => Nom et Coordonnées : <input type="radio"/> Non	
Lieu d'activité :	<input type="radio"/> Idem adresse personnelle <input type="radio"/> Différent adresse personnelle => Remplir ci-dessous svp.	
Rue et numéro		
Localité		
Code postal		
Province		
Pays		
Site Internet		
E-mail		
GSM - Téléphone		

III. Votre profil professionnel

3.1 Vos formations*

Diplôme de base	<ul style="list-style-type: none"> ● Intitulé : ● Institution et lieu : ● Dates de début et fin (diplomation) :
Formation initiale en tant que Praticien·ne intervenant en Médiation animale	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Diplôme officiel <input type="checkbox"/> Certificat <input type="checkbox"/> Attestation</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Intitulé : ● Institution et lieu : ● Dates de début et fin (diplomation) : ● Nombre d'heures et / ou de crédits :
Formation complémentaire en relation d'aide	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Intitulé : ● Institution et lieu : ● Dates de début et fin (Certification) : ● Nombre d'heures et / ou de crédits :
Formation complémentaire en lien avec l'animal partenaire	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Intitulé : ● Institution et lieu : ● Dates de début et fin (Certification) : ● Nombre d'heures et / ou de crédits :
Formation complémentaire en médiation animale	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Intitulé : ● Institution et lieu : ● Dates de début et fin (Certification) : ● Nombre d'heures et / ou de crédits :

3.2 Vos formations continuées*

<p>Autres formations / Stages de longue durée</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Lesquel-le-s ?</p> <p>1. Dates :</p> <p>2. Dates :</p> <p>3. Dates :</p> <p>4. Dates :</p> <p>5. Dates :</p>
<p>Participation à des supervisions</p>	<p>En tant que superviseur ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>En tant que participant-e ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Fréquence : <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p>Participation à des interventions</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Fréquence : <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p>Formations envisagées dans un futur proche</p>	<p>En lien avec :</p> <p><input type="checkbox"/> Le praticien</p> <p><input type="checkbox"/> L'animal en médiation</p> <p><input type="checkbox"/> Le bénéficiaire</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>A quelle échéance ?</p> <p><input type="checkbox"/> Dans l'année <input type="checkbox"/> Dans les 2 ans <input type="checkbox"/> À plus longue échéance</p>
<p>Accès aux études scientifiques en lien avec votre pratique</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Quels canaux/Média de relais des études scientifiques connaissez-vous ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

3.3 Gestion d'équipe et Réseautage*

Travaillez-vous en équipe ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, nombre de personnes dans l'équipe, vous inclu-e : <input type="checkbox"/> 2 - 5 <input type="checkbox"/> 5 - 10 <input type="checkbox"/> 10 - 15 <input type="checkbox"/> 15 - 20 <input type="checkbox"/> >20
Activités d'équipe programmées	<input type="checkbox"/> Réunions, <input type="checkbox"/> Formations, <input type="checkbox"/> Intervisions, <input type="checkbox"/> Autre :
Etes-vous affilié-e à une ou des Fédération-s en lien avec votre pratique professionnelle, autre que l'AMAT.Belgium ? (professionnelle, sportive)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, laquelle-lesquelles :
Etes-vous intervenant-e dans une formation? Animation de blog, page... ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, laquelle-lesquelles :

3.4 Votre Clientèle - Patientèle dans le processus de Médiation*

Quel(s) public(s) ? (Choix multiple possible)	<input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Adolescent-e-s <input type="checkbox"/> Adultes
Combien de personnes, en moyenne, par semaine ?	
Séances individuelles ou en groupe ?	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Groupe <input type="checkbox"/> Les deux
Quel type de médiation proposez-vous ?	<input type="checkbox"/> Thérapie accompagnée par l'animal <input type="checkbox"/> Médiation/intervention accompagnée par l'animal <input type="checkbox"/> Activités éducatives / de loisir accompagnées par l'animal <input type="checkbox"/> Coaching accompagné par l'animal
Respect de la vie privée selon le RGPD	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Projet pédagogique rédigé et disponible pour les bénéficiaires / au public	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Documents/protocoles de l'intervention en M.A. disponibles	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Adaptation aux moins valides ?	Précisez les moyens mis en œuvre pour assurer l'accès de votre lieu d'accueil et de prestation aux moins valides :
--------------------------------	--

IV. Le Bien-être animal dans votre pratique professionnelle*

Avec quels animaux intervenez-vous ?	<input type="checkbox"/> Chien <input type="checkbox"/> Cheval et poney <input type="checkbox"/> Âne et alpaga/lamas <input type="checkbox"/> Rongeurs (lapin, cobayes,...) <input type="checkbox"/> Chat <input type="checkbox"/> Autre :
Comment évaluez-vous vos connaissances des besoins spécifiques de vos animaux en lien avec l'éthologie scientifique ?	<input type="checkbox"/> Insuffisantes <input type="checkbox"/> Moyennes <input type="checkbox"/> Plutôt pertinentes <input type="checkbox"/> Approfondies <input type="checkbox"/> Expert-e
Exercez-vous avec vos animaux personnels?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> les deux
Vos animaux ont-ils reçu une éducation, une préparation spécifiques ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, avec l'aide d'un intervenant extérieur ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Durée moyenne de la formation / Préparation de vos animaux :
Avez vous connaissance du B.E.A. / du Code du B.E.A./ de chartes ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Lesquel-le-s ?
Actions menées en lien avec le B.E.A. de vos animaux intervenants en médiation	Préciser :

V. Sécurité*

Actions de prévention des accidents et lésions mises en place	<input type="checkbox"/> Formation du personnel et des intervenants (professionnels et bénévoles) <input type="checkbox"/> Homologation du matériel (casque, montoir, harnais, cages, etc.) <input type="checkbox"/> Mise à disposition de matériel de sécurité <input type="checkbox"/> Plan d'action procédure incendie <input type="checkbox"/> Plan d'action accidents corporels <input type="checkbox"/> Diffusion des infos (pictos, affichettes, consignes) <input type="checkbox"/> Gestion de la santé et du Bien-être animal·e <input type="checkbox"/> Trousse de secours et pharmacie sécurisée <input type="checkbox"/> D.E.A <input type="checkbox"/> Accès P.M.R. <input type="checkbox"/> Entretien régulier du matériel et des infrastructures <input type="checkbox"/> Autre :
Chapitre "Sécurité" dans le R.O.I.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

VI. Développement durable et gestion des déchets*

Actions mises en place	<input type="checkbox"/> Poubelles de tri présentes en quantité suffisante sur site <input type="checkbox"/> Utilisation d'énergies renouvelables <input type="checkbox"/> Gestion de l'eau raisonnée (Récupération de l'eau de pluie, réducteurs de pression, etc.) <input type="checkbox"/> Communication pour une utilisation raisonnée des énergies et des ressources sur site et en déplacement <input type="checkbox"/> Plan de gestion des déchets et effluves animaliers <input type="checkbox"/> Autre :
------------------------	--

VII. Les Textes et documents fondamentaux du·de la Professionnel·le intervenant en médiation animale**

Les documents fondamentaux présentant les valeurs des Membres de la Fédération des Professionnel·le·s intervenant en Médiation animale sont disponibles sur le site Internet de l'AMAT.Belgium ou via le lien ci-contre : [Nos Textes et Valeurs](#)

J'adhère à la **Charte**.

J'adhère au **Code de déontologie des Praticien·ne·s Professionnel·le·s de la médiation animale**, et m'engage à l'appliquer dans son intégralité, en tant que Praticien·ne Professionnel·le, lors de chacune de mes interactions avec mon public et mes animaux, ainsi qu'avec le public d'autres Praticien·ne·s et d'autres animaux que les miens.

Je souscris à l'ensemble des **Compétences professionnelle du·de la Praticien·ne en Médiation animale** et m'engage à les acquérir et/ou les intégrer à ma pratique.

Lus et approuvés,
Informations certifiées sincères et véritables,

LE..... A.....

Signature :

1
2

Formulaire et annexes éventuelles à renvoyer à amatbelgium@gmail.com

^{1*} L'AMAT.Belgium étant dans une dynamique de reconnaissance et labellisation des Professions intervenant en Médiation animale, les pouvoirs publics impliqués requiers diverses informations en fonction de leurs compétences.
Merci dès lors de remplir TOUS les champs.

^{2 **} La validation des affiliations est conditionnée :
- à l'envoi du présent formulaire dûment complété ;
- à l'adhésion aux 3 textes ci-avant présentés ;
- au paiement de la cotisation annuelle, i.e. 20 EUR pour une personne physique; 50 EUR pour une personne morale, sur le compte bancaire de la Fédération : BE58.3631.4891.8379 ; Communication : Cotisation "année" + NOM + PRENOM