



Renseignements généraux	
Nom de la structure :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Type d'établissement :	<input type="checkbox"/> Centre Hospitalier <input type="checkbox"/> Centre de Rééducation Fonctionnelle <input type="checkbox"/> Établissement médico-social de l'enfance (IEM, IME, SESSAD, CAMSP, etc.) <input type="checkbox"/> Établissement médico-social du grand âge (EHPAD, USLD, etc.) <input type="checkbox"/> Club sportif <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :

Renseignements sur le service d'accueil	
Informations sur le service d'accueil (public accueilli, nombre de lits, nombres de places en HDJ, Accueil de Jour, etc.) :	
<u>Responsable du stage – Interlocuteur de l'IFMK</u> → Préciser la fonction (ex. cadre de santé) : .....	NOM – Prénom : Téléphone fixe : Téléphone portable : Mail :
<u>Equipe de Masseurs-Kinésithérapeutes</u> → Préciser le nombre de MK salariés intervenant : ..... → Préciser le nombre de MK libéraux intervenant : .....	NOM – Prénom du(des) tuteur(s) : Téléphone fixe du service : Téléphone portable : Mail :
<u>Pluridisciplinarité</u> → Préciser le nombre de chaque professionnel	<input type="checkbox"/> Médecin : <input type="checkbox"/> Orthophoniste : <input type="checkbox"/> Psychologue : <input type="checkbox"/> Infirmier : <input type="checkbox"/> EAPA : <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> Aide-soignant : <input type="checkbox"/> Psychomotricien : <input type="checkbox"/> Ergothérapeute : <input type="checkbox"/> Neuropsychologue :
<u>Destinataire de l'envoi des conventions de stage</u>	NOM – Prénom : Téléphone : Mail :

Ressources pédagogiques proposées
<input type="checkbox"/> Evaluation(s) pratique(s) proposées lors de mises en situations professionnelles « MSP » <i>[obligatoire]</i>
<input type="checkbox"/> Structure déjà référencée comme terrain de stage – Préciser le(s) IFMK : .....
<input type="checkbox"/> MK ayant suivi la formation « tutorat de stage paramédical » - Préciser le nombre : .....
<input type="checkbox"/> Enseignements réalisés en IFMK – Préciser le(s)quel(s) : .....

Champs cliniques pratiqués / spécialisations							
<input type="checkbox"/> Champ clinique musculo-squelettique							
<input type="checkbox"/> Champ clinique neuro-musculaire							
<input type="checkbox"/> Champ clinique respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire Dans ce cas, préciser le(s) domaine(s) de pratique : <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Rééducation respiratoire</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Rééducation vestibulaire</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rééducation cardio-vasculaire</td> <td><input type="checkbox"/> Rééducation des brûlés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rééducation périnéale</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Rééducation respiratoire	<input type="checkbox"/> Rééducation vestibulaire	<input type="checkbox"/> Rééducation cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/> Rééducation des brûlés	<input type="checkbox"/> Rééducation périnéale	
<input type="checkbox"/> Rééducation respiratoire	<input type="checkbox"/> Rééducation vestibulaire						
<input type="checkbox"/> Rééducation cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/> Rééducation des brûlés						
<input type="checkbox"/> Rééducation périnéale							
<input type="checkbox"/> Pédiatrie	Spécialisations :						
<input type="checkbox"/> Gériatrie							
Formations suivies :							
Personne(s) ayant obtenu un diplôme universitaire :							
Précisez le niveau : <input type="checkbox"/> Licence <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Doctorat <input type="checkbox"/> Autre : .....							

Équipements du service	
<input type="checkbox"/> PEC en chambre	Matériel spécifique :
<input type="checkbox"/> PEC sur plateau technique	
<input type="checkbox"/> PEC en boxes individuels	
<input type="checkbox"/> Gymnase	
<input type="checkbox"/> Balnéothérapie	

Informations d'ordre logistique		
Une tenue professionnelle (tunique + pantalon) est fournie par la structure	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un vestiaire est mis à disposition de l'étudiant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La prise de repas est possible sur site → Tarif :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un logement est proposé par l'établissement → Tarif :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le lieu de stage est situé à moins d'1km d'un transport en commun → Préciser le type :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une voiture est nécessaire durant le stage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Préférable <input type="checkbox"/> Non

Commentaires

Fait à .....

Le .....

Signature et nom du responsable + cachet de l'établissement