



FORMULAIRE DE DEMANDE D'AGRÉMENT DE STAGE – INSTITUTIONNEL

Renseignements généraux	
Nom de la structure :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Type d'établissement :	☐ Centre Hospitalier ☐ Centre de Rééducation Fonctionnelle ☐ Établissement médico-social de l'enfance (IEM, IME, SESSAD, CAMSP, etc.) ☐ Établissement médico-social du grand âge (EHPAD, USLD, etc.) ☐ Club sportif ☐ 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	<table><tbody><tr><td>☐ Médecin :</td><td>☐ Orthophoniste :</td><td>☐ Psychologue :</td></tr><tr><td>☐ Infirmier :</td><td>☐ EAPA :</td><td>☐ Autres :</td></tr><tr><td>☐ Aide-soignant :</td><td>☐ Psychomotricien :</td><td></td></tr><tr><td>☐ Ergothérapeute :</td><td>☐ Neuropsychologue :</td><td></td></tr></tbody></table>	☐ Médecin :	☐ Orthophoniste :	☐ Psychologue :	☐ Infirmier :	☐ EAPA :	☐ Autres :	☐ Aide-soignant :	☐ Psychomotricien :		☐ Ergothérapeute :	☐ Neuropsychologue :	
☐ Médecin :	☐ Orthophoniste :	☐ Psychologue :											
☐ Infirmier :	☐ EAPA :	☐ Autres :											
☐ Aide-soignant :	☐ Psychomotricien :												
☐ Ergothérapeute :	☐ Neuropsychologue :												
<u>Destinataire de l'envoi des conventions de stage</u>	NOM – Prénom : Téléphone : Mail :												

Ressources pédagogiques proposées
☐ Evaluation(s) pratique(s) proposées lors de mises en situations professionnelles « MSP » [obligatoire]
☐ Structure déjà référencée comme terrain de stage – Préciser le(s) IFMK :
☐ MK ayant suivi la formation « tutorat de stage paramédical » - Préciser le nombre :
☐ Enseignements réalisés en IFMK – Préciser le(s)quel(s) :

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE BERCK-SUR-MER

Champs cliniques pratiqués / Domaines / Spécialisations							
☐ Champ clinique musculo-squelettique (=> % de l'activité)							
☐ Champ clinique neuro-musculaire (=> % de l'activité)							
☐ Champ clinique respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire (=> % de l'activité) ➔ Dans ce cas, préciser le(s) domaine(s) de pratique : <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ Rééducation respiratoire (dont %)</td> <td>☐ Rééducation viscérale (dont %)</td> </tr> <tr> <td>☐ Rééd. cardio-vasculaire (dont ... %)</td> <td>☐ Rééducation vestibulaire (dont %)</td> </tr> <tr> <td>☐ Rééducation périnéale (dont %)</td> <td>☐ Rééducation des brûlures (dont %)</td> </tr> </table>		☐ Rééducation respiratoire (dont %)	☐ Rééducation viscérale (dont %)	☐ Rééd. cardio-vasculaire (dont ... %)	☐ Rééducation vestibulaire (dont %)	☐ Rééducation périnéale (dont %)	☐ Rééducation des brûlures (dont %)
☐ Rééducation respiratoire (dont %)	☐ Rééducation viscérale (dont %)						
☐ Rééd. cardio-vasculaire (dont ... %)	☐ Rééducation vestibulaire (dont %)						
☐ Rééducation périnéale (dont %)	☐ Rééducation des brûlures (dont %)						
☐ Pédiatrie	Spécialisations :						
☐ Gériatrie							
Formations suivies :							
Personne(s) ayant obtenu un diplôme universitaire : Précisez le niveau : ☐ Licence ☐ Master ☐ Doctorat ☐ Autre :							

Équipements du service	
☐ PEC en chambre	Matériel spécifique :
☐ PEC sur plateau technique	
☐ PEC en boxes individuels	
☐ Gymnase	
☐ Balnéothérapie	

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

Commentaires

Fait à

Le

Signature et nom du responsable + cachet de l'établissement