

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Dijon



FORMULAIRE EN VUE DE L'AGRÉMENT D'UN ÉTABLISSEMENT POUR ACCUEILLIR UN STAGIAIRE DE L'IFMK DE DIJON

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ÉTABLISSEMENT :

Nom de la structure : _____

Adresse de la structure :

Tél : _____ Mail : _____

Nom, Prénom et fonction du représentant de l'établissement (signataire de la Convention) :

Nom, prénom du ou des responsable(s) des stages en masso-kinésithérapie dans l'établissement (Cadre de Santé masseur-kinésithérapeute par exemple). *Si présence de plusieurs responsables, merci d'indiquer le secteur encadré (ex : MCO, Pédiatrie, SSR...)* :

Spécialité(s) pouvant être validées dans l'établissement (une spécialité ne peut être validée que si l'étudiant réalise au minimum la moitié de son stage dans la dite spécialité) :

- Musculo-squelettique adulte
- Gériatrie
- Pédiatrie
- Neurologie adulte
- Cardio-respiratoire, tégumentaire et interne adulte

- Neurologie pédiatrique
 - Musculo-squelettique pédiatrique
 - Cardio-respiratoire, tégumentaire et interne pédiatrique

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Dijon

Nombre d'étudiants de l'IFMK de Dijon pouvant être accueillis :

SERVICE	NOMBRE D'ÉTUDIANTS POUVANT ÊTRE ACCUEILLIS (1 ÉTUDIANT POUR 1 ETP MK)	NIVEAU(X) D'ANNÉES D'ÉTUDE ACCEPTÉ(S)
		<input type="checkbox"/> K1 <input type="checkbox"/> K2 <input type="checkbox"/> K3 <input type="checkbox"/> K4
		<input type="checkbox"/> K1 <input type="checkbox"/> K2 <input type="checkbox"/> K3 <input type="checkbox"/> K4
		<input type="checkbox"/> K1 <input type="checkbox"/> K2 <input type="checkbox"/> K3 <input type="checkbox"/> K4
		<input type="checkbox"/> K1 <input type="checkbox"/> K2 <input type="checkbox"/> K3 <input type="checkbox"/> K4
		<input type="checkbox"/> K1 <input type="checkbox"/> K2 <input type="checkbox"/> K3 <input type="checkbox"/> K4
		<input type="checkbox"/> K1 <input type="checkbox"/> K2 <input type="checkbox"/> K3 <input type="checkbox"/> K4
		<input type="checkbox"/> K1 <input type="checkbox"/> K2 <input type="checkbox"/> K3 <input type="checkbox"/> K4

L'établissement s'engage-t'il à respecter la charte d'encadrement du stagiaire ci-jointe ?

oui non

L'établissement s'engage-t'il à participer à l'évaluation du stagiaire selon les modalités demandées par l'IFMK de Dijon (portfolio de l'étudiant) ?

oui non

Sur proposition de l'IFMK de Dijon, l'établissement s'engage-t'il à permettre aux tuteurs masseur-kinésithérapeutes de participer à une formation au tutorat en stage organisée et financée par l'IFMK de Dijon (une formation de 4 jours non consécutifs par tuteur à réaliser une fois) ?

oui non

Pour les établissements situés à 30kms ou plus de Dijon, l'établissement peut-il loger les étudiants venant de l'IFMK de Dijon ?

oui non

Si oui, le logement de l'étudiant est-il gratuit ? oui non

Type d'accueil souhaité au sein de l'établissement :

Etudiants : K1 K2 K3 K4

Fréquence de l'accueil (les stages durent 5 semaines en moyenne) souhaité :

toute l'année 3 à 4 fois par an

1 à 3 fois par an

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Dijon

RENSEIGNEMENTS SUR LES TUTEURS POTENTIELS :

Nom Prénom	Service régulièrement fréquenté	Année DE	Lieu DE	Inscrit(e) au Conseil de l'Ordre des MK	Numéro d'inscription à l'Ordre	Si Diplôme étranger, année d'obtention de l'équivalence (merci de fournir l'autorisation d'exercice)
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Dijon

« Je soussigné(e),....., représentant l'établissement certifie l'exactitude des renseignements donnés dans le présent formulaire. L'établissement.....s'engage à participer à la formation et à l'évaluation des étudiants de l'IFMK de Dijon selon les modalités fixées par l'IFMK de Dijon, à être en lien régulier avec l'IFMK de Dijon et à signaler à l'IFMK de Dijon tout changement susceptible de modifier les réponses au présent formulaire. »

Nom : _____ Prénom : _____ Fonction : _____

Date et Signature :

Cachet de l'établissement :

RÉSERVÉ DIRECTION IFMK DE DIJON

Agrément IFMKD de l'établissement :

oui

non

Tuteurs agréés :

Période de validité de l'agrément :

Remarques :

Date, signature, cachet de la direction IFMKD :