

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

RENSEIGNEMENTS GENERAUX SUR L'ETABLISSEMENT :

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

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

SERVICE	NOMBRE D'ETUDIANTS POUVANT ETRE ACCUEILLIS (1 ETUDIANT POUR 1 ETP MK)	NIVEAU(X) D'ANNEES D'ETUDE ACCEPTE(S)
		<input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2
		<input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2
		<input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2
		<input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2
		<input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2
		<input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2
		<input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2

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

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

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		

« 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 :

RESERVE DIRECTION IFMK DE DIJON

Agrément IFMKD de l'établissement :

oui

non

Tuteurs agréés :

Période de validité de l'agrément :

Années d'études pouvant être accueillies :

Remarques :

Date, signature, cachet de la direction IFMKD :