

Nom :

Prénom :

* Courriel :

(Obligatoire, non communiqué à des tiers)

■ PRATIQUES :

- Rééducation orthopédique & traumatique
- Rééducation neurologique
- Rééducation du sportif
- Rééducation de la main
- Rééducation posturale globale, chaînes musculaires
- Rééducation pédiatrique
- Rééducation de la personne âgée et perte d'autonomie
- Rééducation vestibulaire
- Rééducation respiratoire :
 - Enfant Adulte
- Rééducation cardio-vasculaire
- Rééducation des troubles vasculaires et lymphatiques ; drainage lymphatique manuel
- Rééducation abdominale du post-partum
- Rééducation périnéo-sphinctérienne
- Rééducation de la peau et des tissus (cicatrices)
- Rééducation maxilo faciale et de la déglutition

- Bilans ergonomiques
- Gymnastique préventive & adaptée :
 - Cancer Obésité
- Massages Bien-Etre
- Ostéopathie
- Thérapie manuelle
- Soins à domicile

■ MATERIEL & INSTALLATION :

- Balnéothérapie
- Cryothérapie
- Echoscopie
- Laser
- Ondes de choc
- Ondes courtes
- Pressothérapie
- Vacuothérapie
- VNI (Ventilation non invasive)

Nombre de cases cochées ci-dessus (entre 1 et 34) : enfant adulte

* Je soussigné certifie déclarer ces activités sous mon entière responsabilité et atteste avoir reçu dans ces domaines d'intervention une formation en adéquation avec les sciences et techniques validées à ce jour par la Haute Autorité de Santé. J'atteste disposer des moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes que je pratique.

* Je reconnais avoir pris connaissance des indications et des avertissements concernant le remplissage de la fiche annuaire des pratiques et du matériel.

Votre signature et votre cachet professionnel sont obligatoires.

Date :

Signature*

Cachet*

*Obligatoire

Pour "Imprimer" et/ou "Enregistrer", veuillez utiliser les commandes de votre navigateur web.

URPS MASSEURS- KINESITHERAPEUTES AUVERGNE RHONE-ALPES