



AMKPL - ASSOCIATION DES MASSEURS - KINESITHEREAPEUTES PEDIATRIQUES DU LOIRET

12 place de la liberté
45110 CHATEAUNEUF SUR LOIRE
assomk.pedia45@gmail.com
<https://assomkpedia45.wixsite.com/amkpl>

BULLETIN D'ADHESION 2023-2024

(à renvoyer par courrier/mail à l'adresse ci-dessus accompagné du règlement de 20€ par chèque ou virement bancaire**)



NOM* :

PRENOM* :

EXERCICE* : LIBERAL SALARIE MIXTE RETRAITE

SPECIFICITE PEDIATRIQUE* : OUI (cf Attestation ci-jointe) NON

N° D'INSCRIPTION AU CONSEIL DE L'ORDRE DES MASSEURS KINESITHEREAPEUTES* :



ADRESSE(S) PROFESSIONNELLE(S)* :

- CABINET/STRUCTURE PRINCIPALE* :

CP : VILLE :

- CABINET/STRUCTURE SECONDAIRE :

CP : VILLE :

ADRESSE PERSONNELLE :

CP : VILLE :

N° DE TELEPHONE PRO* :

/ N° PORTABLE :

ADRESSE MAIL* :

ADRESSE DE MESSAGERIE SECURISEE* :

SITE INTERNET :

Je certifie que ces données sont exactes et conformes aux règles déontologiques éditées par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes [1]

Conformément au RGPD, j'accepte que mes données personnelles soient collectées et conservées par l'AMKPL pendant un an, dans un but de communication et de réalisation d'un annuaire des membres disponible sur son site internet. Je prends connaissance de mon droit d'accéder, modifier ou supprimer ces données à tout moment en écrivant à cette adresse assomk.pedia45@gmail.com, ou d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Fait à _____ **le** / /

Signature* :

* **Mentions obligatoires**

** **RIB AMKPL : IBAN FR76 14806 00008 72043159594 35 / BIC AGRIFRPP848**

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

(à remplir OBLIGATOIREMENT si mention de la spécificité pédiatrique sur le bulletin d'adhésion)

Je soussigné(e), _____, atteste sur l'honneur être en possession du(des) diplôme(s) universitaire(s) et/ou avoir suivi les 80h minimum de formation continue en lien avec la spécificité pédiatrique comme mentionné dans les recommandations de bonnes pratiques du Conseil National de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes [1].

L'AMKPL ne saurait être tenue responsable des données erronées communiquées par ses membres qui acceptent de se soumettre à la juridiction disciplinaire de l'Ordre si cela s'avérait nécessaire.

Fait à _____, le _____

Signature :

[1] https://deontologie.ordremk.fr/wp-content/uploads/2022/02/Guide_RecommandationsCom_cnomk.pdf Annexe 2

CREATION DU REPERTOIRE

(cocher les cases correspondant à vos champs d'action)

Age des enfants pris en soins :

0-2 ans 2-6 ans 6-12 ans 12-18 ans

<u>DOMAINES D'INTERVENTION</u>	<u>FORMATION(S) SUIVIE(S) (ANNEE)</u>
<input type="checkbox"/> Orthopédie	* * *
<input type="checkbox"/> Rhumatologie	* * *
<input type="checkbox"/> Pneumologie	* * *
<input type="checkbox"/> Neuropédiatrie	* * *
<input type="checkbox"/> Retard des acquisitions motrices	* * *
<input type="checkbox"/> TSA/TND	* * *
<input type="checkbox"/> Troubles de l'oralité/déglutition	* * *
<input type="checkbox"/> Maxillo-facial	* * *
<input type="checkbox"/> Uro-gynécologie	* * *
<input type="checkbox"/> Autre(s) :	* * *

Conformément au règlement du RGPD, j'accepte que ces données figurent dans l'annuaire mis en ligne sur le site de l'AMKPL. Je prends connaissance de mon droit d'accéder, modifier ou supprimer ces données à tout moment en écrivant à cette adresse assomk.pedia45@gmail.com, ou d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Signature :