

Formulaire de dossier de candidature à la formation Vojta-Enfants

Nom _____ née _____
Prénom _____ Date de naissance _____
Adresse : N° _____ rue _____
Code postal _____ Ville _____
Portable _____ Téléphone professionnel : _____

1. A quelle distance se trouve le kinésithérapeute spécialisé en pédiatrie le plus proche de chez vous (DU motricité cérébrale, Bobath, Vojta...)?

2. Quel est le type de pathologie que vous traitez le plus souvent ?

3. Quel est (environ) le pourcentage d'enfants dans votre patientèle ?

4. Combien de séances (environ) pratiquez-vous par semaine :

a) Prématurés en couveuse : _____

b) Nourrissons (0-1 an) : _____

c) Enfants 1-3 ans _____

d) Enfants 4-6 ans _____

e) Enfants plus de 6 ans _____

5. Depuis combien de temps soignez-vous :

a) Des nourrissons _____

b) Des enfants atteints de paralysie cérébrale _____

6. Quelle est votre motivation pour participer à la formation Vojta-enfants ?

7. Merci de préciser votre numéro d'inscription à l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes

8. Vous exercez une activité

a) A temps plein

b) A temps partiel

c) Salariée (hôpital, centre...)

d) Libérale

A _____ le _____
(Lieu) (Date)

(Signature manuscrite)