

## QUESTIONNAIRE RPPS - SPECIFICITES

A NOUS RENVOYER Par mail : [cdo29@ordremk.fr](mailto:cdo29@ordremk.fr)  
Ou par courrier : CDOMK29, 34 Rue Jacques Anquetil, 29000 QUIMPER

Nom d'usage : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénoms : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Date d'obtention Nationalité Française : ...../...../..... Lieu : .....

Adresse professionnelle : .....

Adresse Personnelle : .....

Tél. Professionnel : ..... Adresse mail : .....

Statut (\*) : Libéral titulaire  Collaborateur  Assistant  Remplaçant  Salarié  Autres .....

Date de début d'activité dans la profession : ...../...../.....

Date de début d'activité dans le lieu actuel professionnel : ...../...../..... Date de fin d'activité : ...../...../.....

N° SIRET individuel : ..... (14 chiffres)

N° SIRET Société : ..... (14 chiffres) (SCM – SCP – SEL – SELARL- autres)

Langues étrangères pouvant être utilisées dans le cadre de l'exercice : .....

### Spécificités(\*)

Balnéothérapie <input type="checkbox"/>	Drainage lymphatique <input type="checkbox"/>	Ergonomie <input type="checkbox"/>
Kinésithérapie du sport <input type="checkbox"/>	Posturologie <input type="checkbox"/>	Chaînes musculaires <input type="checkbox"/>
Méthode Mézières <input type="checkbox"/>	Méthode Feldenkrais <input type="checkbox"/>	Méthode Mac Kenzie <input type="checkbox"/>
Rééducation cardio-vasculaire <input type="checkbox"/>	Rééducation de la déglutition <input type="checkbox"/>	Rééducation maxillo-faciale <input type="checkbox"/>
Rééducation vestibulaire <input type="checkbox"/>	Rééducation respiratoire <input type="checkbox"/>	Rééducation de la douleur <input type="checkbox"/>
Rééducation en périnéologie <input type="checkbox"/>	ou périnéo-sphinctérienne <input type="checkbox"/>	Sexologie <input type="checkbox"/>
Rééducation pédiatrique <input type="checkbox"/>	Rééducation gériatrique <input type="checkbox"/>	Rééducation neurologique <input type="checkbox"/>
Rééducation de la main, orthèses et petit appareillage <input type="checkbox"/>		Thérapie manuelle <input type="checkbox"/>
Soins palliatifs. <input type="checkbox"/>	Sophrologie <input type="checkbox"/>	Soins de bien-être relaxation <input type="checkbox"/>

### Matériels :

Ondes de choc  Cryothérapie  Isocinétique

A nous renvoyer avec copies des contrats si pas déjà transmis (Assistant, collaborateur, remplaçant, salarié, EPHAD, ou SCM, SEL, SELARL, SCP, autres)

(\*) Cocher la case correspondante