**Formulaire de demande pour l'attribution des points Physioswiss en série**

**Formation continue**

**Titre**

**Date       Lieu**

**Domaine**  Physiothérapie générale  Organes internes et vaisseaux  Musculo-squelettique  Pédiatrie

Neuromotricité  Gériatrie  
 organes sensoriels

Autre

Durée effective de la formation continue (sans pause)

Nombre de points physioswiss demandés *1 point physioswiss correspond à 60 minutes*

**Requérant**

Organisation

Nom

L'organisation exécutante est membre de Physioswiss Oui  Non

Le/la physiothérapeute chef/fe est membre de Physioswiss Oui  Non

Numéro de membre Physioswiss

**Adresse de contact**

Nom/prénom

Institution

Adresse

CP/lieu

Téléphone

E-mail

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critères pour l’attribution des points Physioswiss** | **Oui** | **Non** |
| 1. **L’Organisateur est**     1. Un/e physiothérapeut/e qui exerce dans un cabinet privé ou dans un hôpital ou un/e professionnel/le de médecine traditionelle    2. Une organisation qui remplit les conditions suivantes :  * l’organisation exerce dans le champ de la médecine traditionelle * le ou les intervenants travaillent dans le champ de la médecine traditionelle  1. **Nom de l’organisation** |  |  |
| 1. **La formation continue**    1. Est pertinente pour la pratique et en rapport direct avec l’exercice de la profession de physiothérapeute    2. Comprend au maximum 20 leçons    3. Propose un contenu et un déroulement déterminés par les organisateurs et les intervenants, indépendamment des sponsors |  |  |
| 1. **Sponsoring**    1. L'orateur est indépendant des sponsors    2. Il y a plusieurs sponsors (pas de mono sponsoring)    3. Un accord écrit existe entre l'organisateur et les sponsors |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Durée** | **Nombre de points** | **Titre** | **Domaine** | **Intervenant** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Le/la requérant/e certifie qu’il/elle a répondu à toutes les questions conformément à la réalité.

**Lieu/Date Signature du requérant**

A envoyer à  
[info@physioswiss.ch](mailto:info@physioswiss.ch)  
Tel: 041 926 69 69

**Annexes :**

* Programme de la formation continue
* Données personnelles des intervenant(e)s