



QUESTIONNAIRE

Nom :

Prénom :

Type d'activité :

Libérale

Cabinet

Domicile

Salariée

Lieu :

● Avez-vous d'autres spécialisations ?

.....
.....

● Avez-vous déjà suivi au cours des 10 dernières années ou prévu de suivre des formations en lien avec la kinésithérapie pédiatrique ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles (date, thème, intervenant) ?

● Quels thèmes souhaiteriez-vous voir aborder ?

- Lors des conférences ?

.....
.....

- Lors des groupes de travail ?

.....
.....

● Souhaiteriez-vous devenir membre actif en vous impliquant dans le développement de l'association? Oui Non

Merci

AKPV

assokpv@gmail.com

Site : akpvblog.wordpress.com

Page Facebook : Association Kinésithérapie Pédiatrique des Volcans