



27 septembre

Les recommandations
**Quelles conséquences
sur nos pratiques
rééducatives au
quotidien ?**

Journée thématique

6 conférences

Présentiel ou visioconférence



Saint Jean de Dieu
Paris 15



gestion@institutmc.org
www.institutmc.org

Programme

- 9h30** Ouverture de la Journée : Présentation du contexte et de l'environnement de ces recommandations
Isabelle François, directrice, Institut Motricité Cérébrale
- 10h00** Les recommandations HAS : un éclairage sur leur élaboration
Céline Lager, membre du groupe de travail HAS, formatrice à l'institut et Ergothérapeute en libéral
- 10h30** Discussion avec la salle et Pause
- 11h00** Quels messages les recommandations véhiculent-elles ?
Eric Desailly, Président du Comité Scientifique et Pédagogique, Institut Motricité Cérébrale
- 11h30** Comment s'approprier les Recommandations de la HAS ?
Alain Jouve, Assistant Pédagogique, Institut motricité cérébrale
- 12h00** Discussion avec la salle et Pause Déjeuner
- 14h00** Regard de patients-experts sur les recommandations HAS
Gaëlle Drewnowski, patiente experte, membre du conseil scientifique, Fondation Paralysie Cérébrale
- 14h30** Recommandations HAS et conséquences sur la formation des professionnels
Philippe Toullet, Assistant Pédagogique, Institut motricité cérébrale
- 15h00** Discussion avec la salle
- 15h30** Conclusions de la journée : Quelles perspectives pour l'avenir dans la relation patients – professionnels ?
- 16h00** Fin de la journée



Inscriptions

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

ID

ENV. VAL.

CONVENTION

INCOMPLET

REGLEMENT

FACTURE

REMARQUES

1.SÉLECTIONNEZ VOTRE TARIF

- Mode présentiel : **130€ (déjeuner inclus)**
- Mode distanciel (visio) : **100€**
- Membres du Conseil Scientifique et Pédagogique, membres du Conseil d'Administration et formateurs de l'IMC : **Gratuit (déjeuner inclus)**

2. INFORMATIONS SUR LE STAGIAIRE

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE TÉLÉPHONE PERSONNEL

E-MAIL PERSONNEL

ADRESSE PROFESSIONNELLE

CODE POSTAL VILLE

PROFESSION STRUCTURE

EXERCICE LIBÉRAL OUI NON

N° ADELI/RPPS OU INAMI

3. CHOISISSEZ VOTRE PRISE EN CHARGE

PERSONNELLE

À MES PROPRES FRAIS

Joindre le règlement du montant total des frais en même temps que l'inscription.

Règlement par virement ou chèque.

Il est possible de faire plusieurs chèques - RIB ci-dessous.

PAR L'EMPLOYEUR

Si organisme financeur, lequel

RAISON SOCIALE

Structure du stagiaire

Interlocuteur

Tél

E-mail

Adresse

Adresse
de facturation
(si différente)

Le _____, à _____

Faire précéder de « Bon pour accord »
Signature et tampon de l'employeur ou
du stagiaire (prise en charge individuelle)



VIREMENT

Titulaire du compte INSTITUT MOTRICITE CEREBRALE

IMC 217 RUE SAINT CHARLES 75015 PARIS

Domiciliation ORLEANS LA SCE CENTRE FINANCIER 1 RUE EDOUARD BRANLY LA SOURCE 45900 LA SOURCE CEDEX

9 **Établissement** 20041 **Guichet** 01012 **N° compte** 4182395X033 **CLE RIB** 05

IBAN FR22 2004 1010 1241 8239 5X03 305 **BIC** PSSTFRPPSCE