

## LES AIDES TECHNIQUES A LA POSTURE

### OBJECTIF :

- Etre capable de travailler en équipe pluridisciplinaire,
- Savoir prendre des mesures anthropométriques,
- Préconiser au mieux les A. T. P. en fonction des problématiques rencontrées,
- Ajuster les éléments au patient lors de la livraison,
- Assurer les réglages suite au changement morphologique.

### Contenu :

- Fonctionnement de la clinique,
- Champs d'application du positionnement,
- Références des bases anatomiques,
- Bilan fonctionnel,
- Outils de travail,
- Aides Techniques à la Posture A.T.P.
- Eventail des réglages des A. T. P,
- Travaux pratiques pour évaluation (prise de mesures)



### Public concerné :

Prestataire de matériel médical, conseiller médicoteknique, technicien...

### Prérequis : Aucun

### Formateurs :

Christophe MARTIN ou Frédéric DUPAS ou Benoit CARTRON ou Nolwenn DE SOUSA, intervenants spécialisés en clinique de positionnement

### Durée :

1 jour (7h) 8H30-12h/13h30-17H00 en présentiel

### Modalités d'accès :

Date : à définir (vous rapprochez de votre commercial)

Lieu : à définir (hors site-location de salle)

### Effectif :

10 personnes minimum / 14 personnes maximum

### Coût :

360.00 € TTC (300.00 € HT) par personne

*Prix incluant : le déjeuner*

### Méthodes pédagogiques :

- Prise de mesures
- Supports pédagogiques remis au participant

**PHYSIPRO n'est pas certifiée Qualiopi**

*Déclaration d'activité enregistrée sous le N° 52 49 02193 49 auprès du Préfet de la Région des Pays de la Loire.  
Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat.*

**LES AIDES TECHNIQUES A LA POSTURE**

*Un bulletin par session et par participant.*

*A retourner à : Physipro Formation – Village des Entrepreneurs – 461 rue Saint Léonard – 49000 Angers,  
ou par mail à [formation@physipro.fr](mailto:formation@physipro.fr)*

<p><b>PARTICIPANT</b></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Fonction : .....</p> <p>N° Mobile : .....</p> <p>Mail : .....</p>	<p><b>ENTREPRISE</b></p> <p>Raison Sociale : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>Code postal : ..... Ville : .....</p> <p>Tél : ..... Fax : .....</p> <p>Personne en charge du dossier : .....</p> <p>Mail : .....</p>
---	--

CALENDRIER DES SESSIONS				
VALIDATION <i>(cocher la session souhaitée)</i>	SECTEUR	LIEU	DATE DE SESSION	PRIX TTC
<input type="checkbox"/>	Paris / Ile de France / Nord	A définir	A définir	360.00 €
<input type="checkbox"/>	Grand Est			
<input type="checkbox"/>	Nord-Ouest			
<input type="checkbox"/>	Sud Est			
<input type="checkbox"/>	Sud-Ouest			
<p>Le prix de la formation comprend : 1 déjeuner Aucun transport n'est pris en charge par la société PHYSIPRO</p>				

**FACTURATION**

Adresse de facturation si différente de l'entreprise ci-dessus

Coordonnées de facturation :

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

*Date, cachet et signature*

**PHYSIPRO n'est pas certifiée Qualiopi**

Déclaration d'activité enregistrée sous le n° 52 49 02193 49.

Les informations personnelles que vous nous donnerez ne seront sauvegardées sans votre consentement.

Autorisez-vous la société PHYSIPRO à sauvegarder vos coordonnées dans nos fichiers  oui  non