

Identification

Nom de l'établissement de physiothérapie ou d'ergothérapie		
Adresse		Code postal
Identification du (des) propriétaire(s)		Profession
Nom	Agissez-vous en tant que professionnel traitant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom	Agissez-vous en tant que professionnel traitant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom	Agissez-vous en tant que professionnel traitant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Personne avec qui communiquer	Titre	Téléphone

Personnel professionnel (Utiliser plusieurs copies du formulaire au besoin)

Nom, prénom	Profession	Nombre de TRP supervisé
Nom de la corporation professionnelle	Numéro du membre	
Nom, prénom	Profession	Nombre de TRP supervisé
Nom de la corporation professionnelle	Numéro du membre	
Nom, prénom	Profession	Nombre de TRP supervisé
Nom de la corporation professionnelle	Numéro du membre	
Nom, prénom	Profession	Nombre de TRP supervisé
Nom de la corporation professionnelle	Numéro du membre	

Thérapeute en réadaptation physique (Joindre une photocopie du DEC en réadaptation physique)

Nom, prénom

Pour trouver les coordonnées du bureau régional le plus près de chez-vous, nous vous invitons à consulter la section Contacts de notre site web: www.csst.qc.ca/contacts

Description des lieux

Description des aires de traitement:		
nombre de pi. carrés:	<input type="text"/>	nombre de lits: <input type="text"/>
nombre de cabines:	<input type="text"/>	gymnase: <input type="text"/>
Liste sommaire des équipements: (T.E.N.S., U.S., Table à traction etc.,)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date d'ouverture :	<input type="text" value="Année"/> <input type="text" value="Mois"/> <input type="text" value="Jour"/>	Heures d'ouvertures : <input type="text"/>

Signature

Nom, prénom en lettre moulées	Titre
Signature	Date Année Mois Jour

Réservé à la C.S.S.T.

1. Les aires de traitements répondent-ils adéquatement aux besoins des bénéficiaires?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2. L'équipement répond-t-il adéquatement aux besoins des bénéficiaires ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. L'équipement est-il vérifié et calibré régulièrement ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4. L'aménagement des lieux permet-il aux bénéficiaires de se déplacer facilement et en sécurité ? (Rampe d'accès, ascenseurs, etc...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
5. Les heures d'ouvertures répondent-elles aux besoins des bénéficiaires?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Signature du représentant de la Direction régionale		
Commentaires		
<input type="text"/>		