



# L'Association des Kinésithérapeutes Pédiatriques du Territoire Normand

## DEMANDE D'ADHESION

A retourner complétée par le Kinésithérapeute :

Par mail :  
[contact.lakptn@gmail.com](mailto:contact.lakptn@gmail.com)

Par courrier :  
18 Rue Malherbe  
76100 ROUEN

Formulaire en ligne :  
[www.lakptn.fr](http://www.lakptn.fr)

*Cette adhésion est reconductible automatiquement chaque année, sous réserve du règlement de la cotisation.*

### Identification du Professionnel

Nom : Prénom : Date de Naissance :

Activité : Nom de la structure : Rue :  
Code Postal : Ville :

Téléphone Professionnel (à indiquer au public) :

Téléphone Personnel (Facultatif) :

- Utilisable librement entre professionnels  
 Uniquement en cas d'Urgence par les membres du Bureau

Email :

Site internet Professionnel :

Activité professionnelle :  Au cabinet  A domicile et sur lieu de garde

*Je, soussigné ..... déclare demander l'adhésion à L'AKPTN, m'engage à en respecter le Règlement Intérieur, et à régler la cotisation de 30€.*

Date :

Signature du Professionnel :

### Moyen de Paiement

Chèque à l'ordre de L'AKPTN  
à envoyer au 18 Rue Malherbe  
76100 ROUEN

Virement bancaire (indiquer Nom, Prénom  
et Ville d'exercice dans l'intitulé du virement  
– IBAN **FR76 1010 7003 4800 7160 6446**  
315 Code B.I.C. **BREDFRPPXXX**)

***A réception de ce bulletin, nous vous transmettrons par email une Fiche de Renseignement à compléter.***

***Votre inscription sera enregistrée à réception de cette fiche et du règlement.***