

DOSSIER DE CANDIDATURE

Vers un sujet créateur : l'art-thérapie, un processus thérapeutique pour accompagner les personnes dans leur trajectoire de santé



FORMATION CERTIFIANTE ART-THERAPIE 2016 – 2018

2 photos d'identité obligatoires

Parcours choisi		Cocher
Certificat	10 modules + stages + mémoire	
Initiation – L'atelier d'art-thérapie / Devenir et être art-thérapeute	Du 5 au 9 décembre 2016	
Art-thérapie / Ruptures et passages biographiques	Les 14 et 15 mars, 16 et 17 mai, 12 et 13 juin 2017	
Art-thérapie / Le groupe et l'individu	Du 15 au 17 mai 2018 et du 11 au 13 juin 2018	

A retourner à l'adresse suivante :
CARSAT Nord-Picardie - CERFEP
11 Allée Vauban
59662 VILLENEUVE D'ASCQ Cedex

1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS¹

NOM et prénom :

NOM patronymique (de naissance) :

Date de naissance :

Fonction/Mode d'exercice :

N° RPPS ou ADELI :

Profession :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aide médico-psychologique | <input type="checkbox"/> Masseur-kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Psychomotricien |
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant | <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Psychothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Ambulancier | <input type="checkbox"/> Oculariste | <input type="checkbox"/> Puéricultrice |
| <input type="checkbox"/> Animateur socioculturel | <input type="checkbox"/> Opticien-lunetier | <input type="checkbox"/> Sage-femme |
| <input type="checkbox"/> Audioprothésiste | <input type="checkbox"/> Orthopédiste-orthésiste | <input type="checkbox"/> Technicien de laboratoire médical |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de puériculture | <input type="checkbox"/> Orthophoniste | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Assistant social | <input type="checkbox"/> Orthoprothésiste | |
| <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste | <input type="checkbox"/> Orthoptiste | <input type="checkbox"/> Artiste / Formé aux arts plastiques |
| <input type="checkbox"/> Diététicien | <input type="checkbox"/> Pédicure-podologue | |
| <input type="checkbox"/> Educateur spécialisé | <input type="checkbox"/> Pharmacie | <input type="checkbox"/> Patient ou proche impliqué dans l'accompagnement des malades chroniques |
| <input type="checkbox"/> Educateur sportif | <input type="checkbox"/> Podo-orthésiste | |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie | |
| <input type="checkbox"/> Etudiant | <input type="checkbox"/> Prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées | |
| <input type="checkbox"/> Infirmier | <input type="checkbox"/> Psychologue | |
| <input type="checkbox"/> Manipulateur d'électroradiologie médicale | | |

Adresse professionnelle :

Code postal Localité :

Téléphone : Email :

Etablissement :

Service : Responsable de service :

Adresse personnelle :

Code postal Localité :

Téléphone : Email :

¹ Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné aux démarches administratives de la formation. Les destinataires des données sont l'équipe pédagogique, le secrétariat et le centre de ressources et de documentation du Cerfep. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Cerfep, 11 allée Vauban, 59662 Villeneuve d'Ascq Cedex.

2. VOTRE INSCRIPTION A LA FORMATION

Vous vous inscrivez au titre :

- De la formation individuelle
- Du plan de formation continue de votre établissement : Coordonnées du service de formation continue

Téléphone :

Email :

- Du Congé Individuel de Formation (CIF)

Organisme :

Adresse :

Téléphone :

Email :

NB : Le Cerfep est un organisme de DPC habilité à dispenser des programmes de DPC (N° 4655). Si vous êtes professionnel de santé libéral à plus de 50%, une prise en charge financière de cette formation est possible. Rendez-vous sur le site de l'OGDPC (<https://www.mondpc.fr/>) pour vous y inscrire.

3. VOTRE CURSUS DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE (ou joindre un CV et passer à la question 5)

Diplômes obtenus ou formations suivies	Spécialité	Etablissement	Année d'obtention

Merci de fournir copie des diplômes

4. VOS EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Période	Etablissement/Structure	Service*	Fonction et niveau de responsabilité*

* Au sein d'un même établissement, vous avez pu changer de service ou de département, de statut, de fonction, ...

5. VOTRE EXPERIENCE EN LIEN AVEC LA FORMATION

5.1 Quel est votre rapport à l'art, la création ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5.2 Avez-vous déjà travaillé avec un(e) art-thérapeute ? OUI NON
Si oui précisez le contexte

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5.3 Associé à l'art, quel sens donnez-vous au terme thérapie ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. VOTRE PROJET OU VOS PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES EN LIEN AVEC LA FORMATION

6.1 A court ou moyen terme, pensez-vous :

- vous associer à un projet d'atelier existant ?

OUI

NON

- vous associer à un projet en cours d'élaboration ?

OUI

NON

Si, oui, veuillez en quelques lignes présenter ce projet ou cet avant-projet

6.1.1 A qui est-il destiné ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6.1.2 Quels sont (ou seront) les professionnels ou équipes associées ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6.1.3 Quels sont (ou seront) les obstacles ou les difficultés à lever pour le mettre en place ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AUTORISATION D'UTILISER LES PHOTOGRAPHIES FOURNIES

J'autorise le Cerfep à utiliser les photographies fournies dans le présent dossier pour :

- **Stocker** ces images sur le serveur informatique du Cerfep à des fins de gestion administrative.
 Oui Non
- Réaliser un **trombinoscope** sous format papier ou électronique à destination de(s) :
 - l'équipe interne du Cerfep
 Oui Non
 - participants, intervenants et membres des comités pédagogiques des formations du Cerfep
 Oui Non
 - sites internet du Cerfep
 Oui Non

Cette autorisation est accordée pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment en adressant un courrier au responsable du Cerfep, 11 allée Vauban, 59 662 Villeneuve d'Ascq.

Le
A

Signature

AUTORISATION D'UTILISER LES COORDONNEES FOURNIES²

J'autorise le Cerfep à utiliser les coordonnées fournies dans le présent dossier pour :

- M'envoyer des **informations** concernant des produits et services développés par le Cerfep
 Oui Non
- Constituer un **listing** (ou trombinoscope, si vous avez donné votre accord) à destination des participants, intervenants et membres des comités pédagogiques, des formations du Cerfep, qui pourra contenir, en plus de vos noms et prénoms :
 - Vos coordonnées personnelles
 Oui Non
 - Vos coordonnées professionnelles
 Oui Non

Le
A

Signature

² Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Cerfep, 11 allée Vauban, 59662 Villeneuve d'Ascq Cedex.