

DOSSIER DE CANDIDATURE

2 photos d'identité obligatoires



FORMATION de PRATICIENS ETP - 2018 -

Parcours choisi	Sessions	Cocher
Certificat	Modules 1 à 4 - 10 jours + dossier portfolio	
Formation de base en ETP	Modules 1 et 2 - 6 jours	

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"/> Manipulateur d'électroradiologie médicale | <input type="checkbox"/> Psychomotricien |
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant | <input type="checkbox"/> Masseur-kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Psychothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Ambulancier | <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Sage-femme |
| <input type="checkbox"/> Animateur socioculturel | <input type="checkbox"/> Opticien-lunetier | <input type="checkbox"/> Technicien de laboratoire médical |
| <input type="checkbox"/> Audioprothésiste | <input type="checkbox"/> Orthophoniste | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de puériculture | <input type="checkbox"/> Orthoptiste | |
| <input type="checkbox"/> Assistant social | <input type="checkbox"/> Pédiacre-podologue | |
| <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste | <input type="checkbox"/> Pharmacien | <input type="checkbox"/> Patient/Proche-Aidant/ Représentant impliqué dans l'accompagnement des malades chroniques |
| <input type="checkbox"/> Diététicien | <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie | |
| <input type="checkbox"/> Educateur spécialisé | <input type="checkbox"/> Prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées | |
| <input type="checkbox"/> Educateur sportif | <input type="checkbox"/> Psychologue | |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | | |
| <input type="checkbox"/> Etudiant | | |
| <input type="checkbox"/> Infirmier | | |

Cocher les coordonnées que nous devons privilégier pour vous joindre :

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 actions 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

Participez-vous actuellement à un programme en Education du patient ? Oui Non

5.1. Si oui, à qui est-il destiné ?

.....

5.2. Quels sont les soignants ou équipes pédagogiques associés ?

.....

.....

.....

5.3. Quels sont les statut(s) et fonction(s) du(des) responsable(s) ?

.....

.....

.....

5.4. Quelles sont les principales activités menées (entretiens individuels/collectifs, séances d'information, séances d'éducation, évaluations, ...) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5.5. Quels résultats avez-vous pu estimer jusqu'à présent ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5.6. Quelles difficultés avez-vous pu rencontrer dans ce projet ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

A court ou moyen terme, pensez-vous :

- . Impulser un projet en Education du patient ? Oui Non
- . Vous associer à un projet existant ou en cours d'élaboration ? Oui Non

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

6.1 A qui est-il destiné ?

6.2 Quels sont les soignants ou équipes pédagogiques associés ?

.....

.....

.....

6.3 Quels sont les statut(s) et fonction(s) du(des) responsable(s) ?

.....

.....

.....

6.4 Quelles sont les principales activités envisagées ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6.5 Quels sont les obstacles ou les difficultés à lever pour mettre en place ce projet ?

.....

.....
.....
.....
.....
.....
7. VOS BESOINS – VOS ATTENTES

7.1 Quelles difficultés rencontrez-vous au quotidien lors de vos rencontres éducatives ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7.2 Quels aspects théoriques et pratiques souhaiteriez-vous aborder/approfondir pendant la formation ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7.3 Quelles compétences souhaiteriez-vous acquérir/développer pour améliorer vos pratiques ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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.