



DOSSIER DE CANDIDATURE

Formation à la coordination de programmes
d'ETP – Cycle 2020





DOSSIER DE CANDIDATURE

FORMATION A LA COORDINATION DE PROGRAMMES D'ETP / CYCLE 2020

A retourner à l'adresse suivante :
CERFEP service de SANTÉLYS Formation
Parc Eurasanté
351 rue Ambroise Paré
59120 Loos

Fournir
2 photos
d'identité
obligatoirement

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"/> Pédicure-podologue | |
| <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste | <input type="checkbox"/> Pharmacien | |
| <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"/> Patient ou proche impliqué dans l'accompagnement des malades chroniques |
| <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 Conformément au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données personnelles et à la loi relative à l'Informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978) modifiée, vous bénéficiez - pour motifs légitimes et sauf obligation légale - d'un droit d'information, d'accès, d'opposition, de rectification, d'effacement, à la limitation, à la portabilité des données vous concernant. A ce titre, vous pouvez vous rapprocher du délégué à la protection des données de Santélys, par mail : dpo@santelys.fr ou par courrier : Santélys – A l'attention du DPO - Parc Eurasanté – 351 rue Ambroise Paré – 59120 LOOS. Vous disposez également d'un droit d'effectuer une réclamation auprès de la CNIL si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés en cliquant [ici](#).

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 ou de la personne référente.

> Téléphone :

> Email :

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

Diplômes obtenus ou formations suivies	Spécialité	Etablissement	Année d'obtention

Avez-vous suivi une formation à la pratique de l'ETP ?

☐ Oui, 40 heures et plus

☐ Oui, moins de 40 heures. Précisez...

☐ Non

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

- Si oui, à qui est-il destiné?

- Quels sont les soignants ou équipes pédagogiques associés ?

Etes vous actuellement coordonnateur de programme d'ETP ☐ Oui ☐ Non

Si non, qui est-il et quelle est sa fonction ?

Si non, êtes-vous pressenti pour devenir coordinateur d'un programme ETP ?

Si oui, quelles sont vos principales activités au quotidien en tant que coordonnateur de programme ?.....

Quelle proportion de votre temps accordez-vous à la coordination du (des) programme(s) ?

Combien sont-ils dans l'équipe d'ETP ?.....

Avez-vous participé à l'élaboration du programme ? ☐ Oui ☐ Non

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

A court ou moyen terme, pensez-vous :

- Impulser un programme en Education du patient ? ☐ Oui ☐ Non
- Vous associer à un programme existant, déjà ou en cours d'élaboration ? ☐ Oui ☐ Non

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

A qui est-il destiné ?

Quels sont (ou quels seront) les soignants ou équipes pédagogiques associés ?

Quels sont les statut(s) et fonction(s) du (des) coordonnateur du programme d'ETP?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

7- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE DEMANDE D'INSCRIPTION

Dates de la formation (susceptibles d'être modifiées) :

- ☐ Le vendredi 17 janvier 2020 : La « fonction » de coordination de programmes d'ETP
- ☐ Le vendredi 14 février 2020 : La conception d'un programme d'ETP : une démarche projet
- ☐ Le vendredi 13 mars 2020 : La conception d'un programme d'ETP : Aspects pédagogiques
- ☐ Le vendredi 10 avril 2020 : L'évaluation des programmes d'ETP
- ☐ Le vendredi 15 mai 2020 : La collaboration avec les patients et les autres acteurs de l'ETP
- ☐ Le vendredi 12 juin 2020 : La communication autour des programmes d'ETP

Le cycle complet sera facturé 720 euros, frais de repas compris.

Une attestation de formation globale de 42 heures sera délivrée aux personnes ayant participé au cursus complet de formation.

8. VOS BESOINS – VOS ATTENTES

Quelles difficultés rencontrez-vous au quotidien dans la coordination de programme, d'équipe?

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

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

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

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

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

9. AUTRES INFORMATIONS

Si vous le souhaitez, indiquez ci-dessous d'autres éléments que vous n'auriez pu présenter précédemment, éléments concernant soit le projet, soit votre établissement et/ou service, soit l'exercice d'autres responsabilités, ...

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

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, SANTELYS Formation, Parc Eurasanté, 351 rue Ambroise Paré 59120 Loos.

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 au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données personnelles et à la loi relative à l'Informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978) modifiée, vous bénéficiez - pour motifs légitimes et sauf obligation légale - d'un droit d'information, d'accès, d'opposition, de rectification, d'effacement, à la limitation, à la portabilité des données vous concernant. A ce titre, vous pouvez vous rapprocher du délégué à la protection des données de Santélyls, par mail : dpo@santelyls.fr ou par courrier : Santélyls – A l'attention du DPO - Parc Eurasanté – 351 rue Ambroise Paré – 59120 LOOS.

Vous disposez également d'un droit d'effectuer une réclamation auprès de la CNIL si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés en cliquant ici.