



DOSSIER DE CANDIDATURE

Formation à la pratique de l'ETP Cycle 2020



DOSSIER DE CANDIDATURE FORMATION A LA PRATIQUE DE L'ETP CYCLE 2020

Fournir
2 photos
d'identité
obligatoirement

A retourner à l'adresse suivante :
CERFEP - service de SANTÉLYS Formation
Parc Eurasanté - 351 rue Ambroise Paré
59120 Loos
cerfep@santelys.fr
03 20 16 03 60

CHOIX DU PARCOURS DE FORMATION

Parcours choisi	Sessions	Cocher
Formation de 70h - Praticien réflexif en ETP Cycle complet	Modules 1 à 4 - 10 jours + dossier portfolio 10 au 12 Février 2020 9 au 11 Mars 2020 6 et 7 Avril 2020 8 et 9 Juin 2020	
Formation validante 40h – Praticien en ETP	Modules 1 et 2 - 6 jours 10 au 12 Février 2020 9 au 11 Mars 2020	
Complément de formation 28h – Adopter une posture réflexive en ETP Pré-requis : avoir suivi une formation validante (40h) à l'ETP	Modules 3 et 4 – 4 jours + dossier portfolio 6 et 7 Avril 2020 8 et 9 Juin 2020	

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 Santély, par mail : dpo@santelys.fr ou par courrier : Santély - 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 écrivant à cette adresse : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes/>

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

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 ?

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

.....

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

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

- 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 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 projet ou cet avant-projet :

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) responsables ?

.....

Quelles sont les principales activités envisagées ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quels sont (ou quels seraient) les obstacles ou les difficultés à lever pour mettre en place ce projet ?

.....

.....

.....

.....

.....

7. VOS BESOINS – VOS ATTENTES

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

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

8. AUTRES INFORMATIONS

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

[illegible]

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 Santély, par mail : dpo@santelys.fr ou par courrier : Santély - 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 écrivant à cette adresse : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes/>