



Institut Supérieur d'Expertise,  
de FOrmation et de Recherche  
des Métiers de la Santé



Praticien réflexif en ETP  
« Adoptez une posture réflexive  
en ETP » - Cycle 2021

*Dossier de candidature*

# DOSSIER DE CANDIDATURE FORMATION À LA PRATIQUE DE L'ETP CYCLE 2021

Fournir  
1 photo  
d'identité  
obligatoirement

A retourner à l'adresse suivante :  
CERFEP - ISEFORM Santé  
Parc Eurasanté - 351 rue Ambroise Paré  
59120 Loos  
[formation@iseformsante.fr](mailto:formation@iseformsante.fr)  
Tél. 03 20 16 03 60

## Choix du parcours de formation

PARCOURS CHOISI	SESSIONS	COCHER
Formation de 70h Praticien réflexif en ETP Cycle complet	<b>Modules 1 à 4 / 10 jours + dossier portfolio</b>  15 au 17 Février 2021 15 au 17 Mars 2021 15 et 16 Avril 2021 17 et 18 Juin 2021	
Formation validante 40h Praticien en ETP	<b>Modules 1 et 2 / 6 jours</b>  15 au 17 Février 2021 15 au 17 Mars 2021	
Complément de formation 28h Adopter une posture réflexive en ETP <i>Pré-requis : avoir suivi une formation validante (40h) à l'ETP</i>	<b>Modules 3 et 4 / 4 jours + dossier portfolio</b>  15 et 16 Avril 2021 17 et 18 Juin 2021	

# 1 - Renseignements administratifs<sup>1</sup>

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

Cocher les coordonnées que nous devons privilégier pour vous joindre :

☐ **Adresse professionnelle :** .....

Code postal : ..... Localité : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Établissement : .....

Service : ..... Responsable de service : .....

☐ **Adresse personnelle :** .....

Code postal : ..... Localité : .....

Téléphone : ..... Email : .....

## 2 - Votre inscription à la formation

Vous vous inscrivez au titre :

- ☐ De la formation individuelle
- ☐ Du plan de développement des compétences 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	Établissement	Année d'obtention

## 4 - Vos expériences professionnelles

Période	Établissement/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 expérience en lien avec la formation

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

Si oui, à qui est-il destiné ?

---

---

---

---

---

---

Quels sont les soignants ou équipes pédagogiques associées ?

---

---

---

---

---

---

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

À court ou moyen terme, pensez-vous :

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

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

À 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...

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Page 8 sur 10



## 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, ISEFORM Santé, Parc Eurasanté, 351 rue Ambroise Paré, 59120 Loos.

Le ..... *Signature*

À .....

## Autorisation d'utiliser les coordonnées fournies<sup>1</sup>

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

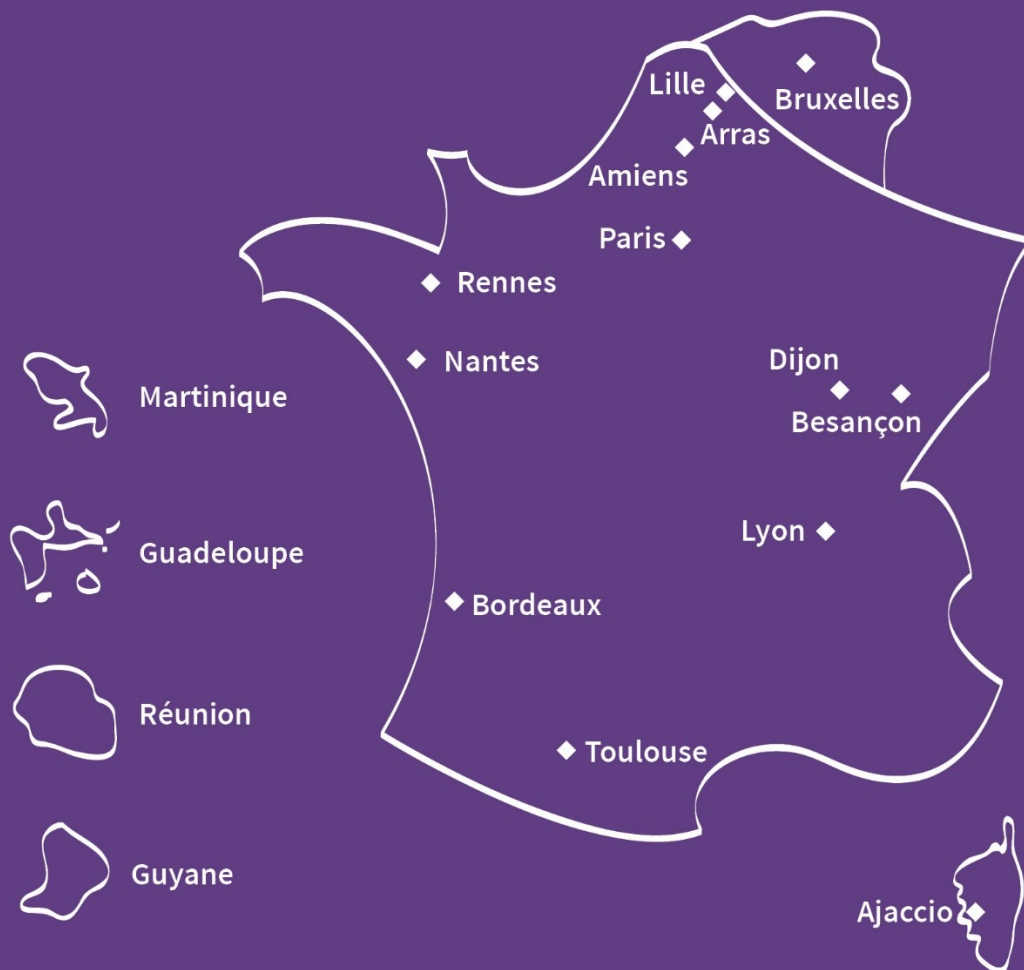
- M'envoyer des **informations** concernant des produits et services développés par le Cerfep et l'ISEFORM Santé  
☐ Oui ☐ Non
- Constituer un **listing** (ou trombinoscope, si vous avez donné votre accord) à destination des participants, intervenants et membres des comités pédagogiques, des formations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

Le ..... *Signature*

À .....

<sup>1</sup> 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](mailto: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/>



#### AMIENS

73 avenue d'Italie  
Z.A.C. Vallée des Vignes  
80000 AMIENS

#### ARRAS

5 rue Gay Lussac  
62000 DAINVILLE

#### BESANÇON

4 rue Edouard Branly  
25000 BESANÇON

#### BRUXELLES

Rue de la Consolation 83  
B-1030 BRUXELLES

#### DIJON

4 rue de la Brot  
21850 SAINT-APOLLINAIRE

#### LILLE

351 rue Ambroise Paré  
59120 LOOS

#### LYON

Bâtiment Brotteaux  
132 rue Bossuet  
69006 LYON

#### PARIS

101 rue de Tolbiac  
75654 PARIS Cedex 13

**03 20 16 03 60**  
[contact@iseformsante.fr](mailto:contact@iseformsante.fr)

L'ISEFORM SANTÉ a été créé à l'initiative de Santély

**ISEFORM**  
SANTÉ / Institut Supérieur d'Expertise,  
de Formation et de Recherche  
des Métiers de la Santé

351 rue Ambroise Paré - 59120 LOOS - Tél. 03 20 16 03 60 - [www.iseformsante.fr](http://www.iseformsante.fr)

Le CERFEP est une marque de l'ISEFORM SANTÉ

**CERFEP**  
Éducation du Patient