



DOSSIER DE CANDIDATURE

Formation certifiante de praticien réflexif en ETP
Cycle 2019





DOSSIER DE CANDIDATURE FORMATION CERTIFIANTE DE PRATICIEN REFLEXIF EN ETP CYCLE 2019

Fournir
2 photos
d'identité
obligatoirement

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

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 Santélyls, par mail : dpo@santelys.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 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 ?

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

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/>