



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

Praticien en ETP
Cycle 2022 – Session 1

Dossier de candidature

DOSSIER DE CANDIDATURE FORMATION À LA PRATIQUE DE L'ETP CYCLE 2022 – Session 1

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

Tél. 03 20 16 03 60

Dates de formation

PARCOURS	SESSIONS
Formation validante 40h Praticien en ETP	Modules 1 et 2 / 6 jours 7 au 9 Mars 2022 4 au 6 Avril 2022

1 - Renseignements administratifs¹

NOM et prénom :

.....

NOM patronymique (de naissance) :

.....

Date de naissance :

.....

Fonction/Mode d'exercice :

.....

N° RPPS ou ADELI :

.....

Profession :

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting or typing. There are no margins, text, or other markings on the page.

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 fournies¹

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

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/>

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

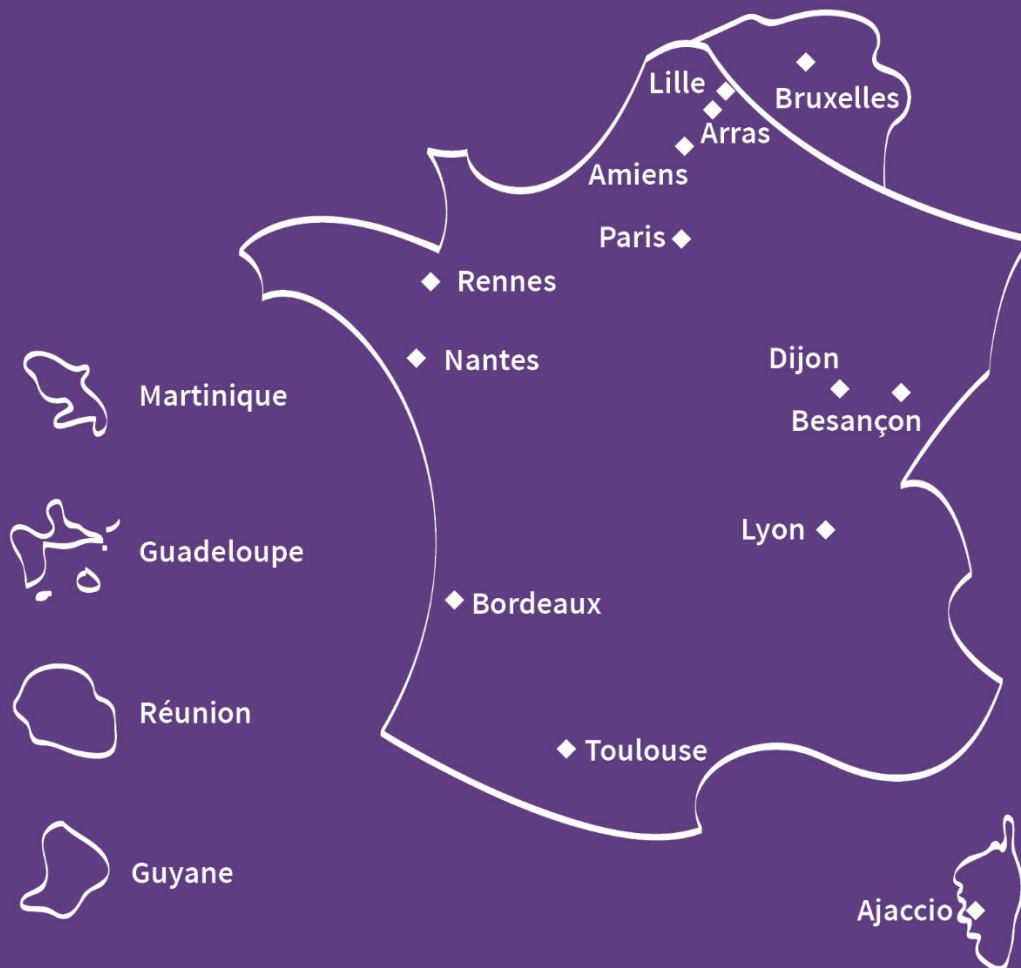
351 rue Ambroise Paré
59120 LOOS

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

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

Le CERFEP est une marque de l'ISEFORM SANTÉ

CERFEP
Éducation du Patient