



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



## Praticien en ETP

*Développer ses compétences  
pour dispenser l'éducation  
thérapeutique du patient - 40 h*

**Cycle 2024 – Session 2**  
*Dossier de candidature*

# DOSSIER DE CANDIDATURE FORMATION À LA PRATIQUE DE L'ETP CYCLE 2024 – Session 2

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

## Dates de formation

PARCOURS	SESSIONS
Formation validante 40 h Praticien en ETP	<b>Modules 1 et 2 / 6 jours</b> <b>Du 07 au 09 octobre 2024 et</b> <b>Du 04 au 06 novembre 2024</b>

## 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"/> Patient ou proche impliqué dans l'accompagnement des maladies chroniques  |
| <input type="checkbox"/> Éducateur spécialisé       | <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie                  |  |
| <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 ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## 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/>





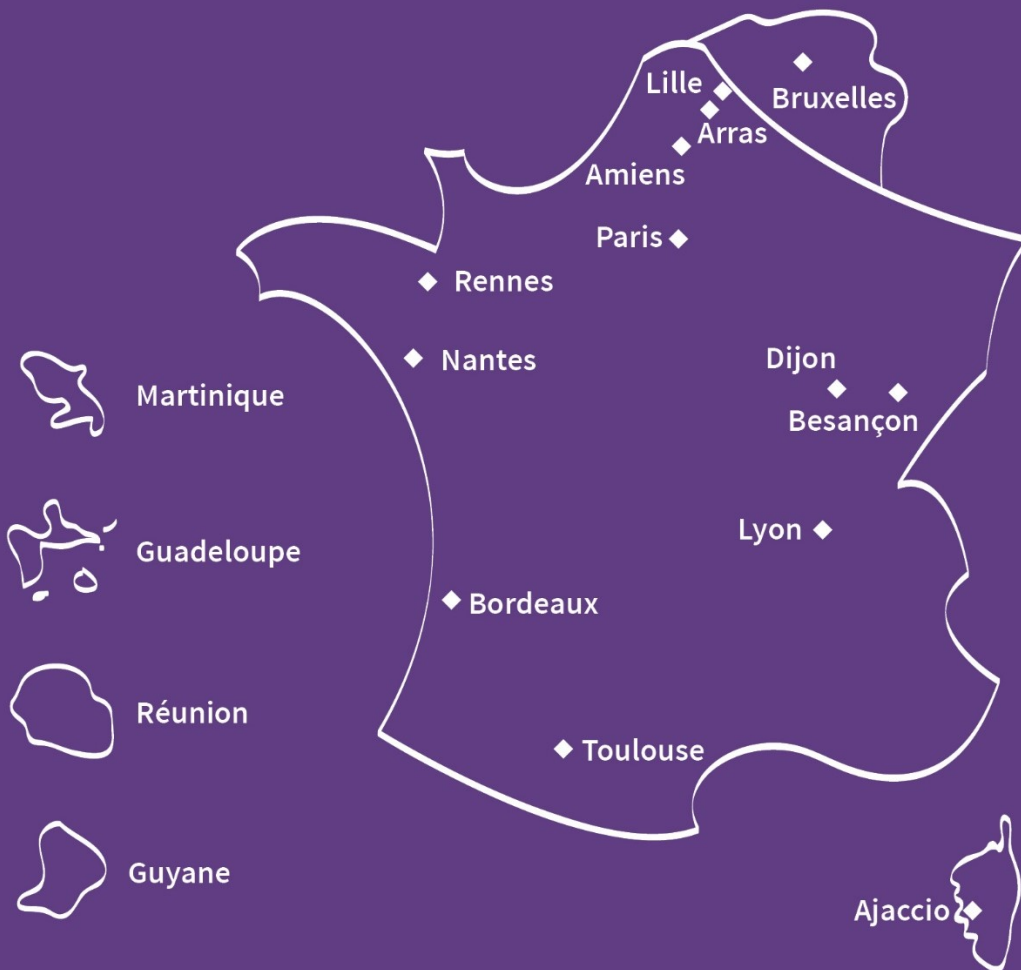
## Devis

<b>FORMATION VALIDANTE « PRATICIEN EN ETP »</b> <b>CYCLE 2024 - SESSION 2 – 40 HEURES</b> <b><u>DU 07 AU 09 OCTOBRE ET DU 04 AU 06 NOVEMBRE 2024</u></b> Dans les locaux de l'ISEFORM SANTE – CERFEP à Loos	
Désignation	Cout stagiaire Net de Taxe
Coût de la formation par personne :  - <b>Nom du participant</b> : .....  - <b>Prénom du participant</b> : .....  - <b>Etablissement</b> : .....	1 100 €
<b>BUDGET TOTAL</b>	<b>1 100 €</b>

*Ce budget inclut, outre l'animation proprement dite de la formation, le temps pédagogique de préparation, la réalisation des supports ainsi que tous les frais d'ordre organisationnel, administratif et logistique*

**POUR ACCEPTATION DU PROJET**

Date avec nom, prénom, cachet et signature, précédée de la mention



**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 SantélyS

**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