

à renvoyer à : FormationContinue@chru-strasbourg.fr

Intitulé :

Date(s) de la session :

LE/LA PARTICIPANT(E)

Civilité : Nom : Nom de naissance : Prénom :

Date de naissance : Ville : Département : Pays :

Adresse :

Complément : CP : Ville :

E-mail* individuel de contact (obligatoire) : Téléphone :

Profession : N° RPPS / ADELI :

Souhaite être rappelé par le Référent Handicap

* Obligatoire pour les formations hybrides (distanciel + présentiel) et pour la correspondance avec les participants en amont et suite à la formation.

ETABLISSEMENT / CONTACT ADMINISTRATIF - FORMATION

Etablissement :

Adresse :

Complément : CP : Ville :

Numéro de SIRET :

Contact : Civilité Nom : Prénom :

Fonction :

E-mail : Téléphone :

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

La formation sera prise en charge par : l'entreprise/la collectivité un OPCO moi je ne sais pas

Si prise en charge par un établissement public

Code service CHORUS PRO et/ou N° d'engagement CHORUS PRO :

Si prise en charge par une entreprise / OPCO (si différent du responsable de l'inscription)

Etablissement : Numéro de SIRET :

Adresse complète :

Directeur de l'établissement :

INFORMATIONS ET CONDITIONS PARTICULIÈRES

A la réception du bulletin d'inscription, nous vous contacterons pour vous confirmer votre inscription et une convention de formation professionnelle, établie selon les textes en vigueur, sera transmise au responsable de l'inscription qui devra la retourner signée et revêtue du cachet de l'entreprise. Rapprochez-vous de votre OPCO pour obtenir les formulaires de prise en charge de la formation.

Dans le cas où le nombre de participants inscrits serait jugé pédagogiquement insuffisant, le Centre de Formation se réserve le droit d'annuler ou de reporter la session. Les places étant limitées, nous vous conseillons de nous retourner ce formulaire d'inscription au plus vite.

En cochant cette case, j'atteste avoir lu et accepté les conditions liées à l'usage de mes données dans le cadre de la réglementation sur la protection des données à caractère personnel (RGPD).

Fait à Le

Signature (nom, fonction, cachet)

CANDIDATURE

NOM – PRENOM :

FONCTION :

Numéro ADELI ou RPPS

TEL. : E-MAIL* :

N° de SIRET si LIBÉRAL :

NOM DE L'ETABLISSEMENT :

ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT* :

CP : VILLE :

*Il est important de remplir ces champs correctement et lisiblement car ce seront les champs utilisés pour l'envoi des éléments relatifs à la formation (manuels, liens pour la formation e-learning, modalités pratiques ...)

Activités et expériences professionnelles

En lien avec les TSA	Durée et lieu
En lien avec la guidance parentale	Durée et lieu

Formations suivies

En lien avec les TSA	Durée et lieu
En lien avec la guidance parentale	Durée et lieu

Recommandations

- Il est souhaitable que plusieurs personnes de l'institution soient formées à la thérapie PACT afin de permettre la mise en place de groupes d'intervision à la suite de la formation présentielle.
- Nous vous recommandons d'identifier avant la formation présentielle, deux cas qui pourront servir au moment de la certification
- L'approche PACT nécessite du matériel informatique (ordinateur, caméra ou tablette au minimum)

Contacts

Les candidatures ainsi que l'engagement et accord de confidentialité lié au Copyright du programme sont à adresser à l'attention de :

Mme Veronique BRUNSTEIN
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
1 place de l'Hôpital

BP 426 - 67091 Strasbourg Cedex

RENSEIGNEMENTS :

Sur le contenu du programme : lucie.janssen@chru-strasbourg.fr

Sur l'organisation de la formation : veronique.brunstein@chru-strasbourg.fr