Association Franc Comtoise d'Education Thérapeutique
1 Rue François Charrière
25000 BESANCON
Tél : 03 81 84 54 47
Email : afcet.fc@gmail.com

Besançon, le 16 septembre 2016

Objet : Formation à l'Education Thérapeutique
des Professionnels de Santé

Bonjour,

Nous vous invitons à participer à la formation en éducation thérapeutique de 40H (niveau 1 selon l'OMS), qui se déroulera dans nos locaux à Besançon. Nous avons la possibilité d'accueillir maximum 16 professionnels.

Les dates retenues sont :

Jeudi 19 et vendredi 20 janvier 2017,
Jeudi 16 et vendredi 17 février 2017,
Vendredi 24 mars 2017.

Nous vous rappelons que l'inscription à cette formation sous-entend un « engagement » à participer à l'ensemble des 5 jours.

Voici quelques précisions sur cette formation :

1) Objectifs :

- Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique des patients, en groupes et individuelle (Bilan initial partagé, croyances et représentations en santé, méthodes d'animation …).
- Favoriser les échanges et le travail en coordination sur la région Franche-Comté.
- Acquérir des bases pour la relation soignant-soigné et l'accompagnement des personnes malades chroniques.

2) Animation : Présence en fonction des besoins

- Formation animée par la CoMET par 1 ou 2 professionnels en fonction des besoins

3) Participations :

16 Professionnels de santé de la région Bourgogne/Franche-Comté :

- Professionnels libéraux
- Professionnels institutionnels

4) Points pratiques :

- Lieu : **CoMET | 1 rue François Charrière | 25000 BESANCON**
- Accueil : **08h45**
- Horaires : **de 09h00 à 12h30 /13h30 à 17h30**
- Restauration : **sur place et gratuite**
- Coût de la formation : **325.00 €** (formation DPC) – adhérent : **300.00 €**
- Organisme promoteur de la formation :

Association Franc-Comtoise d'Education Thérapeutique

1, rue François Charrière – 25000 BESANCON
Organisme DPC

N'hésitez pas à nous contacter pour tout autre renseignement.

Nous vous prions d'accepter nos salutations respectueuses,
Pour l'équipe de coordination,

Madame EUVRARD Glori
Coordinatrice.

✂ ----------

BULLETIN DE DEMANDE D'INSCRIPTION
A la formation en ETP 40H – 1er semestre 2017 (session 9)
à retourner avant le 15 novembre 2016 à l'adresse mail suivante : afcet.formations@gmail.com

M./Mme/Mlle/Dr.
Nom : ..... Prénom : ……
Date de naissance : …… Nom de naissance : ……
Profession : ……
Secteur activité : ☐ Libéral ☐ Hospitalier ☐ Autre
N° ADELI ou RPPS pour les professionnels concernés : ……
Adresse professionnelle : ……
……
Tél : …….. Courriel (obligatoire): ……

☐ Je joins mon règlement par chèque (à l'ordre de l'AFCET). *Chèque encaissé seulement après le démarrage de la formation.*
☐ Mon établissement/employeur prend en charge cette formation

Afin de faciliter les démarches administratives, notamment pour faire valoir vos droits et obligations de formation, merci de remplir dûment ce bulletin d'inscription.

Date et signature : ……../……/……

Quelles sont vos motivations à participer à cette formation ?

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