

Demande d'inscription à la formation

« ETP : de la posture éducative au programme »

Formation de 40 heures en éducation thérapeutique du patient de COPEPPI

Merci de compléter cette demande et de la retourner par mail à copeppi.assistant@gmail.com

Contact pour toute question : Mme Coussart (07 50 91 57 50).

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom et prénom du demandeur : _____

Fonction : _____

Votre statut : merci de mettre une X devant la réponse adaptée ou la mettre en caractères gras

Salarié - *Si plusieurs salariés, merci de préciser le nombre de personnes à former : _____

Profession libérale (merci d'indiquer votre N° de SIRET) : _____

Bénévole

Autre (merci de préciser) : _____

*Nom et fonction des salariés à inscrire :

Êtes-vous en situation de handicap : Oui Non

Avez-vous des contraintes particulières afin de faciliter votre accueil et/ou adapter les méthodes et supports pédagogiques : Oui Non

Si oui, merci de préciser :

Établissement dont vous dépendez (si applicable) : *merci de compléter*

Nom et adresse : _____

Nom, fonction et coordonnées (téléphone et mail) du contact pour les aspects administratifs de la formation (envoi de la convention de formation) :

Nom, prénom et fonction du représentant de votre établissement signataire de la convention :

Financement de la formation : *Établissement employeur Vous-même Autres (merci de préciser)*

Coordinnées préférentielles pour vous contacter dans le cadre de cette formation :

Adresse postale : _____

Courriel : _____

Téléphone portable : _____

Il s'agit : merci de mettre une X devant la réponse adaptée ou la mettre en caractères gras

De vos coordonnées personnelles

De vos coordonnées professionnelles

VOTRE INTÉRÊT POUR LA FORMATION COPEPPI

La formation de 40 heures en ETP de COPEPPI vous intéresse car : merci de mettre une X devant la réponse adaptée ou la mettre en caractères gras

Vous participez actuellement ou projetez de participer à un programme d'ETP déclaré*

Vous projetez de participer à un programme d'ETP en cours d'élaboration **

Vous êtes intéressé par l'ETP

Autres *** (merci de préciser)

* : merci de préciser le nom du programme : _____

** à destination de quel public ce nouveau programme s'adresse-t-il ?

*** : merci de préciser : _____

DELAI DE REALISATION DE LA FORMATION

A quelle session de formation souhaiteriez-vous participer ? merci de me mettre une X devant la réponse adaptée ou la mettre en caractères gras

- Session « Aisne » : les 28, 29 et 30/09 puis les 19 et 20/11/2026 à Laon ou Soissons.
- Session « Oise » : les 5, 6 et 7/10 puis les 3 et 4/12/2026 à Noyon.
- Session « Somme » : les 29, 30/06 et 1/07 puis les 14 et 15/09/2026 à Amiens.
- Une session à programmer au sein de votre établissement (minimum 10 personnes à former)

Comment avez-vous connu la formation ETP 40h de COPEPPI ? merci de mettre une X devant la réponse adaptée ou la mettre en caractères gras

- Journée régionale d'ETP
- Par un pôle de prévention et d'éducation du patient
- Par votre réseau professionnel
- Par contact direct avec COPEPPI
- Par une recherche sur internet
- Autre (merci de préciser) : _____