**BULLETIN DE PRE-INSCRIPTION FORMATION ETP NIVEAU I**

**(Merci de remplir le formulaire ci-dessous)**

A renvoyer à GCS MRSI – N. Vuillard -16 Rue du Tour de l’Eau - 38400 Saint Martin d’Hères

Email : [*n.vuillard@mrsi.fr*](mailto:n.vuillard@mrsi.fr)

**VOS COORDONNES :**

**NOM, Prénom** : Cliquez ici pour taper du texte.

**Profession** : Cliquez ici pour taper du texte.

**J’exerce en libéral**   **Je suis salarié** 

S**i vous êtes salarié, coordonnées de votre employeur** (raison sociale, adresse de votre employeur et nom du responsable signataire de la convention de formation) : Cliquez ici pour taper du texte.

**Adresse professionnelle** : Cliquez ici pour taper du texte.

**Téléphone fixe** : Cliquez ici pour taper du texte. **Téléphone portable** : Cliquez ici pour taper du texte.

**Votre Email** : Cliquez ici pour taper du texte.

**Votre numéro ADELI**:Cliquez ici pour taper du texte. **Ou votre n° RPPS :** Cliquez ici pour taper du texte.

(pour les professionnels médicaux ou paramédicaux)

**VOS ATTENTES / VOTRE PRATIQUE DE L’ETP :**

**Avez-vous déjà pratiqué l’ETP ?**   oui   non

**Si oui dans quel cadre ?** : Cliquez ici pour taper du texte.

**Qu’attendez-vous de cette formation ? :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Avez-vous des questionnements particuliers sur l’ETP ?** : Cliquez ici pour taper du texte.

**Avez-vous déjà participé à des formations sur l’ETP et si oui lesquelles ?** : Cliquez ici pour taper du texte.

**Avez-vous des projets en cours ou à venir autour de l’ETP ? :**  Cliquez ici pour taper du texte.

**La formation sera maintenue sous réserve d’un nombre suffisant de participants. Cette information vous sera communiquée sous 3 semaines avant le début prévu de la formation.**

**Votre inscription sera valide à réception de votre convention ou contrat de formation signé.**