**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*

**DATE DE LA SESSION :** Cliquez ici pour taper du texte.

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

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

(uniquement pour les professionnels médicaux ou paramédicaux)

**Avez-vous des besoins spécifiques en termes d’accessibilité à nos locaux ou en termes d’adaptation pédagogique ?** : [ ]  oui  [ ]  non

**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.**