**BULLETIN D’INSCRIPTION**

à retourner au secrétariat de Direction du Centre Bois-Gibert :

formations.bg.cvl@vyv3.fr

ou : Centre Bois-Gibert \_ Mme Paimparé – 18 rue de Bois-Gibert – 37510 Ballan-Miré

*Renseignements au : 02 47 48 74 92*

**Objectif :** **Créer une culture commune de la prévention primaire et secondaire, dans la prise en charge des maladies cardiovasculaires**

**Public cible :**

Médecins généralistes, IDE, Diététiciennes : validant DPC

Kinésithérapeutes, APA : non validant DPC

**Tarif :** 950 € nets

**Règlement par virement ou par Chèque** à libeller à l’ordre de :

VYV 3 CVL – Centre Bois-Gibert

**Date de la Formation :** [ ]  **du 09 au 11 octobre 2024**

**ETABLISSEMENT**

**Nom de l’Etablissement :**

**Responsable de la formation :**

**Adresse :**

**Courriel :**       **Téléphone :**

**PARTICIPANT**

**Nom et prénom du stagiaire :**       **Date de naissance :**

**N° Adeli / RPPS :**       **Profession :**

**Courriel :**       **Téléphone :**

**Nécessité d’un accompagnement spécifique pour les PSH** Oui [ ]  Non [ ]

**ou contactez notre référent handicap - Mme Paimparé :** formations.bg.cvl@vyv3.fr

**ANALYSE DU BESOIN**

1. **Le futur stagiaire a-t‘il déjà suivi une formation en lien avec cette thématique ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, laquelle :

1. **Le futur stagiaire a-t’il besoin de suivre cette formation, pour acquérir de nouvelles compétences ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, lesquelles :

1. **Quels sont les principaux besoins en formation pour le futur stagiaire ?**

1. **En participant à ce stage, quelles sont ses attentes, les thèmes qu’il souhaiterait voir aborder ou développer ?**

1. **Dans l’ensemble de ses responsabilités, en lien avec la formation, quelles sont celles avec lesquelles il est le plus à l’aise ?**

1. **Quelles sont les tâches où il éprouve plus de difficultés ? quels sont les résultats attendus qu’il ne réussit pas à obtenir ?**

A : le :

Signature et cachet de l'Etablissement

****