



CoMET-BFC (Association Loi 1901)
7 rue Albert Thomas 25000 BESANCON
Tél. : 03.81.84.54.47 | Email : contact@comet-bfc.fr

N° Siret : 441 288 651 000 33 | N° de déclaration d'activité : 43 25 02656 25
Certificat Qualiopi® n° : 56250646-2 (fin de validité le 26/01/2025)

BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION

Formation fondamentale en ETP (42 heures) : Dispenser l'Éducation Thérapeutique du Patient – Session 24 (programme de formation ci-joint).

Conforme à l'Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient (modifié par les Arrêtés du 31 mai 2013 et du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

Dates : 11 et 12 septembre – 9 et 10 octobre – 13 et 14 novembre 2025, soit 42 heures de formation en présentiel.

Horaires : de 9h00 à 17h00 (1 heure de pause déjeuner)

Lieu : Secteur Pontarlier (adresse à confirmer ultérieurement)

➤ Coût de la formation :

400,00 € **ou** tarif adhérent (à titre individuel pour 2025) : 375,00 € (cf. Conditions Générales de Ventes disponibles sur notre site internet). Le déjeuner n'est pas compris dans le coût de formation.

Prise en charge DPC ou FIF PL : pour savoir si la formation est éligible, nous vous remercions de bien vouloir nous contacter au 03 81 84 54 47 ou par mail : contact@comet-bfc.fr

➤ Conditions d'admission :

- Public : professionnels de santé libéraux ou institutionnels, en lien avec des personnes atteintes de maladies chroniques ou représentants d'usagers de Bourgogne Franche-Comté.
- Pré-requis : aucun
- Date limite de retour du bulletin : 13 juin 2025

Cette inscription n'est pas automatique, nous vous contacterons le 18 juin par e-mail, après la commission d'admission.

➤ Accessibilité situation de handicap :

Si vous avez des besoins spécifiques en matière sanitaire ou d'accessibilité, nous vous remercions de bien vouloir nous contacter au 03 39 25 05 19 ou par mail : coordination@comet-bfc.fr

➤ Conditions de validation : les stagiaires doivent participer à l'intégralité des 6 journées en présentiel de la même session et rendre leur carnet de route. Il n'est pas possible de rattraper une ou plusieurs journée(s) de formation sur une autre session, en cas d'absence, la formation ne pourra pas être validée.

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

Profession :

Secteur activité : Libéral Salarié Hospitalier CPTS : Autre :

N° ADELI ou RPPS pour les professionnels concernés :

Adresse professionnelle :

Tél : Courriel (**obligatoire**) :

Mon établissement / employeur prend en charge cette formation : **400,00€.**

(Joindre obligatoirement une attestation de prise en charge)

Adresse de facturation :

.....

.....

E-mail contact :

Formation prise en charge par un OPCO (Précisez) :

.....

Inscription individuelle :

J'adhère à l'association CoMET-BFC pour l'année 2025 (15,00€, bulletin d'adhésion ci-joint) : **375,00€**

Je ne souhaite pas adhérer l'association CoMET- BFC pour l'année : **400,00€**

Qui a initié votre inscription à cette formation ? :

Vous-même Votre employeur Autre :

Quel est votre niveau de connaissance sur l'Éducation Thérapeutique du Patient :

.....

.....

Quelles sont vos motivations à participer à cette formation ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles sont vos attentes ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en nous contactant à l'adresse suivante :

contact@comet-bfc.fr