

## BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION

**À la formation** : ETP et troubles cognitifs (cf. catalogue de formation : [www.comet-bfc.fr](http://www.comet-bfc.fr))

**Dates** : 11 et 12 décembre 2025

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

**Lieu** : CoMET-BFC – 7 rue Albert Thomas – 25000 Besançon

Le déjeuner n'est pas compris dans le coût de formation. Il est possible d'apporter son repas et de manger dans la salle de formation.

➤ **Coût de la formation** : 160,00€ **ou** tarif adhérent (à titre individuel pour 2025) : 135,00€ (cf. Conditions Générales de Ventes disponibles sur notre site internet)

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](mailto:contact@comet-bfc.fr)

➤ **Conditions d'admission** :

- Public : professionnels de santé libéraux et institutionnels, patients et associations de patients de Bourgogne Franche-Comté, accompagnant des patients atteints de troubles cognitifs, maladie d'Alzheimer ou apparentées en Bourgogne Franche-Comté.
- Pré-requis : aucun
- Date limite de retour du bulletin : **2 novembre 2025** à l'adresse : [contact@comet-bfc.fr](mailto:contact@comet-bfc.fr)

Cette inscription n'est pas automatique, nous vous contacterons le **5 novembre 2025** par e-mail, après la commission d'admission.

➤ **Accessibilité situation de handicap** : si vous avez des besoins spécifiques en matière d'accessibilité, nous vous remercions de bien vouloir nous contacter au 03 39 25 05 19 ou par mail : [coordination@comet-bfc.fr](mailto:coordination@comet-bfc.fr)

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

Profession : .....

Secteur activité :  Libéral  Hospitalier  Salarié ambulatoire  Autre : .....

N° ADELI ou RPPS pour les professionnels concernés : .....

Adresse professionnelle : .....

.....

Tél : ..... Courriel (**obligatoire**) : .....

Mon établissement / employeur prend en charge cette formation : **160,00€.**

(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 la CoMET BFC pour 2025 : 135,00€  
(15,00€, bulletin d'adhésion disponible : [www.comet-bfc.fr](http://www.comet-bfc.fr))

Je ne souhaite pas adhérer : 160,00€

**Qui a initié votre inscription à cette formation ? :**

Vous-même     Votre employeur     Autre : .....

**Quel est votre niveau de connaissance sur le thème de la formation :**

.....

.....

**Quelles sont vos motivations à participer à cette formation ? Quelles sont vos attentes ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....