

BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION

À la formation : Les fondamentaux pour pratiquer l'Éducation Thérapeutique du Patient (42 heures) – Session 29 (cf. programme de formation : www.comet-bfc.fr)

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 : 27 et 28 avril / 28 et 29 mai / 22 et 23 juin 2026

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

Lieu : secteur Dijon

➤ **Coût de la formation :** 400,00 € **ou** tarif adhérent (à titre individuel pour 2026) : 375,00 € (cf. Conditions Générales de Ventes disponibles sur notre site internet)

Prise en charge DPC ou FIF PL : possible sous plusieurs conditions, nous vous remercions de bien vouloir nous contacter au 03 81 84 54 47 ou par mail : contact@comet-bfc.fr

Le déjeuner n'est pas compris dans le coût de formation.

➤ **Conditions d'admission :**

- Public : professionnels de santé (libéraux ou institutionnels), professionnels investis en ETP, patients et représentants d'associations agréées d'usagers du système de santé de Bourgogne Franche-Comté.
- Pré-requis : aucun
- Date limite de retour du bulletin : 23 février 2026

Cette inscription n'est pas automatique, nous vous contacterons le 26 février 2026 par e-mail, après la commission d'admission.

➤ **Accessibilité :** si vous avez des besoins spécifiques en matière d'accessibilité (physique, cognitive ou sensorielle) ou de modalités relatives à la formation (station debout, mobilité, etc), nous vous remercions de bien vouloir nous contacter au 03 81 84 54 47 ou par mail : coordination@comet-bfc.fr.

➤ **Conditions de validation :** les stagiaires doivent participer à l'intégralité des 42 heures en présentiel de la même session et satisfaire aux évaluations dématérialisées pré et post formation.

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 Hospitalier Salarié ambulatoire Autre :

N° ADELI ou RPPS pour les professionnels concernés :

Adresse complète du lieu d'exercice :

Tél : Courriel du candidat **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 (DPC, FIF PL ou autre, précisez) :

Qui a initié votre inscription à cette formation ? :

Vous-même Votre employeur Autre :

Quels sont les besoins à l'égard de cette formation, les projets en lien avec l'ETP ? (Les écarts à combler entre une situation actuelle et une situation souhaitée ou requise pour atteindre un objectif professionnel) :

Quelles sont vos motivations à participer à cette formation ? (Ce qui vous pousse à entreprendre cette formation, ce qui vous anime intérieurement pour y participer)

Quelles sont vos attentes durant la formation ? (Concernant les contenus, la méthode, les apports, le déroulement, voire les résultats concrets attendus)