

***Proposer l’inscription d’une formation continue***

***au répertoire régional des formations « Santé de l’enfant »***

|  |
| --- |
| [Réso’Pédia](https://www.reso-pedia.fr/) est la Structure Régionale d’Appui et d’Expertise « Santé de l’enfant » en Pays de Loire financée par l’Agence Régionale de Santé.  Parmi ses missions, Réso’Pédia recense les **actions de formations continues** proposées par les acteurs ligériens, à destination des professionnels de santé et du médico-social intervenant dans le champ de la santé de l’enfant.  Ce recensement est encadré par un **Conseil Scientifique et Pédagogique**, **garant d’une approche scientifique basée sur les preuves**. Il vise à constituer un répertoire qui sera mis en ligne afin de contribuer à la visibilité de l’offre de formation continue régionale, et participer ainsi au développement des expertises professionnelles.   * Merci de bien vouloir compléter une fiche par action, puis l’adresser à la Coordination de Réso’Pédia. |

|  |
| --- |
| **Nous contacter :**  Coordination Réso’Pédia  [coordination@reso-pedia.fr](mailto:coordination@reso-pedia.fr)  Tel : 02 40 48 10 79 |

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

|  |
| --- |
| **Personne référente pour ce dossier**   * Nom, prénom : * Fonction : * Mail : * Téléphone : |

**Organisme et action de formation**

* Intitulé de l’action :
* Organisme formateur :
* Type d’action :

Action de formation (certification ***Qualiopi***)  Action de DPC

**Equipe pédagogique ou responsable pédagogique de l’action :**

*Merci de transmettre également un résumé du CV du responsable pédagogique de l’action*

* Nom :
* Prénom :
* Poste et fonction :

**Année de création de l’action :**

**Public visé :**

*Merci de cocher toutes les catégories de professionnels concernées par l’action*

* Médecins :

Généralistes  Pédiatres  Pédopsychiatres

Autres spécialités (précisez) : ……………………………………………

* Professionnels du paramédical

Infirmiers  Puéricultrices  Psychomotriciens

Ergothérapeutes  Orthophonistes

Psychologues  Educateurs

Autres professionnels (précisez) : …………………………………………………

**Secteur d’activité :**

Sanitaire  Médico-social

Autres (précisez) : …………………………………………………

**Cadre d’exercice :**

Etablissement hospitalier  Etablissement privé, associatif

Exercice libéral  Autres(précisez) : ………………………………………

**Formation ouverte aux parents et aidants :**

Oui  Non

**Prérequis pour participer à la formation***(diplômes, années d’expériences, modalités de financements…)*:

**Synthèse des objectifs pédagogiques :**

**Synthèse des compétences visées :**

**Principales références bibliographiques, publications et recommandations soutenant les messages-clés de la formation :**

**Lien Internet vers le programme complet de la formation :**

|  |
| --- |
| **Informations pratiques de l’action de formation**   * Durée : * Nombre de session par an : * Nombre de participants par session : * Période des inscriptions : * Date de la prochaine session : * Lieu de la formation :   + - Tarifs :     - Modalités :   Présentiel  Distanciel  Mixte   * Coordonnées & contact pour inscription : * Autre(s) information(s) utile(s) : |
|  |

**ACCORD POUR LA PUBLICATION ET LA DIFFUSION DES INFORMATIONS SUR L’ACTION DE FORMATION**

Je soussigné.e ……………………………………, responsable de l’organisme …………………………………………. accepte que les informations relatives à l’action de formation que je développe et les contenus relatés dans cette fiche soient, après avis du Conseil Scientifique et Pédagogique de Réso’Pédia, intégrés au Répertoire régional « Formations Santé de l’enfant en Pays de Loire » et publiés sur le site **reso-pedia.fr** en intégrant un lien Internet vers le site web de ma structure. Je suis informé.e que je dispose d’un droit de rectification et de suppression de ces informations, que je pourrai exercer sur simple demande auprès de la Coordination de Réso’Pédia.

Fait à …………………………, le …………………………….