Formations du CRP

**Demande d’inscription aux formations ENFANTS**

**Date de la demande :**

**VOS COORDONNEES :** *Merci de remplir tous les champs, les dossiers incomplets ne pourront être pris en compte*

Nom : Prénom :

Email : Tél :

Profession : Département exercice :

Service : Institution :

Tranche d’âge du public accueilli :

Votre situation professionnelle :

* Personnel HCL  numéro de matricule HCL obligatoire :
* Salarié(e) du public  Employeur :
* Salarié(e) du privé  Employeur :
* Profession libérale ou indépendant
* Bénévole / étudiant  Structure :

Vous souhaitez participer à la formation :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cochez** | **Intitulé de la formation** | **Date** | **Tous les professionnels de santé et travailleurs sociaux exerçant auprès d’enfants et****d’adolescents** | **Tous les professionnels de santé et travailleurs sociaux exerçant en périnatalité ou petite****enfance (3-6 ans)** |
| **☐** | Clinique du **Psychotraumatisme simple** chez l’Enfant et l’Adolescent et principes de prise encharge | 17/11/202514H-17H |  |  |
| **☐** | Clinique du **Psychotraumatisme complexe** chez l’enfant et l’adolescent et principes deprise en charge | 24/11/202514H-17H |  |  |
| **☐** | **Guidance parentale** de parents d’enfants oud’adolescents en situation de psychotraumatisme | 01/12/202514H-17H |  |  |

A RECEPTION DE CETTE FICHE, VOUS RECEVREZ TOUTES LES INSTRUCTIONS POUR SUIVRE LE COURS EN LIGNE - MOOC

VOTRE INSCRIPTION AU MODULE COMPLÉMENTAIRE NE POURRA ÊTRE CONFIRMÉE QUE LORSQUE VOUS AUREZ VALIDÉ LE COURS EN LIGNE

Veuillez noter SVP : Le nombre de participants est limité à 20 personnes. Les inscriptions seront traitées par ordre d’arrivée et en fonction des prérequis.

**Bulletin à retourner par mail à :** **heh.formation-crp@chu-lyon.fr**Tél : 04.72.11.63.96