

Accompagnement à l'élaboration du projet de formation



FORMATION N° : 024-22

(Numéro à rappeler sur le bulletin d'inscription)

OBJECTIFS

- ▶ Confirmer son choix d'orientation par une connaissance plus approfondie de la profession,
- ▶ Identifier les aptitudes et compétences nécessaires pour l'entrée en formation,
- ▶ Analyser son parcours scolaire et/ou professionnel : points forts et axes d'amélioration.
- ▶ Acquérir une méthodologie de travail pour construire un projet de formation motivé,

CONTENUS

- ▶ Connaissances sur le métier, la formation,
- ▶ Méthodes d'analyse de son dossier scolaire ou professionnel pour identifier les points forts,
- ▶ Repérage des activités et centres d'intérêt en lien avec la profession,
- ▶ Apports méthodologiques pour réaliser un projet de formation motivé.

MÉTHODES ET MOYENS PÉDAGOGIQUES

- ▶ Apports théoriques,
- ▶ Travaux dirigés individuels et en groupe restreint ,
- ▶ Suivi personnalisé,
- ▶ Travail personnel de recherches, de lectures professionnelles,
- ▶ Etudes de « projet de formation motivé ».

ÉVALUATION DE LA FORMATION

- ▶ Questionnaire pré et post formation.

PUBLIC

Tout candidat souhaitant constituer un dossier en vue de son inscription en formation infirmière ou aide-soignante.
Pré requis : aucun.

DURÉE

14 heures (4 demi-journées)

LIEU

IFPS Bourgoin-Jallieu

Formation réalisée en présentiel et/ ou en distanciel, selon les directives gouvernementales et l'évolution de la crise sanitaire

DATES

26 janvier 2022 (après-midi),
2 février 2022 (après-midi),
21 février 2022 (après-midi),
24 février 2022 (après-midi).

TARIF

380 euros au titre de la formation continue,
200 euros au titre de la formation individuelle

INTERVENANTS

Cadres de santé formateurs de l'institut.

Renseignements et inscriptions

Marie-Chantal CAIROL

Assistante Formation

04 69 15 76 60

ifps-formationcontinue@ghnd.fr

► Fiche d'inscription



Ce bulletin d'inscription est également téléchargeable sur notre site web :
www.ch-bourgoin.fr/ifps/

L'Institut se réserve le droit d'annuler la formation si le nombre de participants est inférieur à 6.

INTITULÉ DE LA FORMATION :

.....

Numéro de la formation (noté en haut à gauche du programme) :

État civil :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Coordonnées :

Adresse personnelle :
.....
.....

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Portable :

E-mail :

Etudes et diplômes :

Salarié. Si oui, emploi actuel :

Demandeur d'emploi

Autre, précisez

► Fiche d'inscription



Prise en charge de la formation :

- A titre individuel Par l'organisme

(Remplir la partie concernée ci-dessous)

Inscription par l'organisme :

Nom et adresse de l'organisme :
.....
.....

Je soussigné(e) :

Fonction :

Atteste que l'établissement prend en charge financièrement l'inscription de :

Nom du destinataire de la convention :

Nom et adresse de facturation :

Date :

Signature et cachet de l'établissement :

Inscription à titre individuel par le stagiaire :

Je soussigné(e) :

M'engage à prendre en charge financièrement mon inscription.

Date :

Signature :

Renseignements et inscriptions

Marie-Chantal CAIROL

Assistante Formation

04 69 15 76 60

ifps-formationcontinue@ghnd.fr

GHND
BOURGOIN-JALLIEU
Institut de Formation
aux Professions de Santé **IFPS**