

**Organisme de formation**

**Marjorie CARREAU**

N° 52 44 07095 44

N° Siret : 502 263 91600046

N° ADELI : 44 94 01 49 6



**Cabinet d'ergothérapie**

15 rue de l'Atlantique

44 115 BASSE-GOULAINE

06.83.76.38.22

[formation.ergo.44@gmail.com](mailto:formation.ergo.44@gmail.com)

**« EN CLASSE AVEC MON IPAD » :**

TOUT SAVOIR SUR LE CHOIX, LA MISE EN PLACE ET L'ACCOMPAGNEMENT  
DES JEUNES À BESOINS ÉDUCATIFS PARTICULIERS AVEC CET OUTIL DE  
COMPENSATION EN CLASSE.

**FORMATION EN 3 MODULES**

**DOSSIER D'INSCRIPTION**

Cette formation se compose de 3 modules différents, complémentaires mais indépendants, que le stagiaire peut combiner comme il le souhaite (il peut donc choisir de faire 1, 2 ou les 3 modules).

⚠ les modules 2 et 3 nécessitent que le stagiaire ait déjà des connaissances de bases sur le choix et les réglages d'un iPad pour une utilisation en classe.

<b>Formations</b>	<b>Durée</b>	<b>Lieux</b>	<b>Tarifs (TTC)</b>
<b>« En classe avec mon iPad »</b>			
<b>Module 1 : Les bases de l'iPad</b>	1 jour 7h	Basse Goulaine (44)	200€
<b>Module 2 : Expert Notability, Dactylo, Maths</b>	2 jours 14h	Basse Goulaine (44)	400€
<b>Module 3 : Créativité et Classe inversée</b>	1 jour 7h	Basse Goulaine (44)	200€

**Identité :**

NOM : ..... PRENOM : .....

N° tél. : ..... E-mail : .....

Profession : ..... N° RPPS : .....

Pour cette formation :  Je dispose d'un iPad

J'aimerais bénéficier d'un iPad en prêt

**Formation :**

Diplômes et formations : .....

.....

.....

.....

**Situation professionnelle :**    Profession libérale                       Salarié(e)                       Étudiant(e)

Je m'inscris en tant que :    Profession libérale                       Salarié(e)                       Étudiant(e)

Nom de l'établissement /cabinet : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Si je m'inscris en tant que salarié(e), je précise les coordonnées :

Personne référente : ..... E-mail : .....

Poste : ..... téléphone : .....

**Êtes-vous reconnu en situation de handicap ?**                       Oui                       Non

**Si oui, un entretien téléphonique sera convenu avec vous en amont de la formation afin d'évaluer votre situation et définir les mesures de compensation.**

**Avez-vous besoin d'aménagement particulier pour suivre le programme ?**

.....  
.....  
.....

**Comment évaluez-vous... (1 étant le plus faible, 4 le plus fort)**

1) Votre qualité d'accueil	1	2	3	4
2) Votre sens de l'anticipation	1	2	3	4
3) Votre sens de l'observation	1	2	3	4
4) Votre capacité de travail en équipe	1	2	3	4
5) Votre gestion du stress	1	2	3	4
6) Votre respect pour la hiérarchie	1	2	3	4

## Quelles sont vos motivations pour suivre cette formation ?

Précisez en quelques lignes votre projet professionnel

.....

.....

.....

## Quelle est votre pratique en outils de compensation informatique (quels outils utilisez vous avec votre patientèle...) ?

.....

.....

.....

## Quels sont les facteurs qui pourraient limiter l'intégration des éléments appris à votre pratique ?

.....

.....

.....

## Aspects administratifs

- J'ai reçu et pris connaissance de la plaquette de vente de cette formation
- Je souhaite m'inscrire au(x) module(s) suivant(s) (compléter les cases grises) :

<b>Formations</b> « En classe avec mon iPad »	<b>Dates</b> à compléter	<b>Lieux</b>	<b>Tarifs</b> (TTC)	<b>Oui/Non</b>
<b>Module 1 : Les bases de l'iPad</b>		Basse Goulaine (44)	200€	
<b>Module 2 : Expert Notability, Dactylo, Maths</b>		Basse Goulaine (44)	400€	
<b>Module 3 : Créativité et Classe inversée</b>		Basse Goulaine (44)	200€	
<b>Coût total :</b>				



Pour valider mon inscription, et réserver ma place à cette formation, j'envoie mon règlement :

- par virement en précisant mes coordonnées et le nom de la formation  
IBAN : FR76 4061 8802 7900 0408 1273 124 / BIC : BOUS FRPP XXX / CARREAU
- par chèque au nom de Marjorie CARREAU, je suis informée que les frais de formation sont encaissés 1 mois avant la formation.
- Je suis informée que chaque module de cette formation est éligible au FIF-PL (qui réévalue chaque année son accord et les modalités de prise en charge)
  
- Dès que le nombre d'inscrits sera suffisant, je recevrai un mail pour me confirmer que cette formation aura bien lieu.** D'ici là, je peux en parler à mes collègues ergothérapeutes ou partager les communications sur les réseaux 😊.

**Je soussigné(e) :**

Nom et Prénom : .....

*certifie exact les renseignements fournis dans ce document.*

Fait à .....

Le .....

Signature du candidat :

Ce document est à renvoyer dès que possible à Marjorie CARREAU, à l'adresse ci-dessous

- ✉ par mail et virement
- ✉ par courrier

**Cabinet d'ergothérapie**  
15 rue de l'Atlantique  
44 115 BASSE-GOULAIN  
06.83.76.38.22  
[formation.ego.44@gmail.com](mailto:formation.ego.44@gmail.com)