DEMANDE DE MISE EN INTRA ACTION REFERENCEE :

Nom de l’association :

N° adhérent :

Contact de référence :

*Nom*

*Prénom*

*Fonction*

*Mail*

*Téléphone*

Etablissement(s) concerné(s) :

Thématique(s) souhaitée(s) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ❑ | Initiation à l’informatique et à Internet (TH)  | IRTS HDF |
| ❑ | Accompagnement au deuil | IRTS HDF |
| ❑ | Désinstitutionalisation : nouveaux repères avec de bonnes pratiques | IRTS HDF |
| ❑ | Education du patient à visée thérapeutique | GRIEPS |
| ❑ | Prévention des addictions (TH)  | TLC |
| ❑ | Sécurité routière piéton et 2 roues (TH)  | LA VIE ACTIVE FORMATION |

Nombre de groupes concernés :

Nombre de participants envisagés :

Période de mise en œuvre attendue :

Lieu d’accueil de la formation (*dans les locaux de l’association ou secteur souhaité si salle externe*) :

Formulaire à renvoyer à l’adresse ci-dessous (en copie de votre conseiller emploi formation) : **Chloe.demeyere@opco-santé.fr**