|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LOGO OK ss trads FOND BLANC_RVB[1] | ATELIERS THERAPEUTIQUES ESCRIME  Fiche de renseignements  personnel soignant et thérapeutes  ***Merci de saisir toutes les informations en MAJUSCULES*** | | |
| Vous sollicitez votre inscription à la formation atelier thérapeutique escrime de l’association SVS.  **Nous vous remercions de remplir cette fiche et d’adresser un dossier complet,**  **en une fois sur le mail guerinviolaine@gmail.com**  **avec l’intitulé suivant en objet : FORMATION ATELIER ESCRIME-NOM Prénom**  Les documents doivent être intitulés NOM-Prénom-Nature du document  Seuls les dossiers complets et conformes seront examinés  ATTENTION : suivre la formation n’est pas synonyme de validation de la formation  **Il est demandé une participation de 100 euros par jour de formation (chèque à l’ordre de SVS)**  Il est important de réaliser que les patients s’adressant à l’association le font pour entrer en soins selon les protocoles préconisés par l’association (protocoles pour les personnes victimes ou pour les personnes auteures d’agressions sexuelles). Intégrer une équipe thérapeutique SVS signifie que vous vous engagez à répondre à l’attente des patients que vous rencontrerez et que vous suivrez scrupuleusement les protocoles de soins.  **Toute modification des informations suivantes doit être notifiée en temps réel sur le mail de l’association.** | | | |
| Vous postulez à | 🞏 Nouvelles équipes en formation – 3 jours (300 euros) 🞏 Formation continue 2 jours (200 euros) 🞏 Formation « mineurs » 1 jour (100 euros)  du Date : \_\_ \_\_ \_\_\_\_ | | |
| NOM |  | | |
| Prénom |  | | |
| Téléphone |  | | |
| E-mail |  | | |
| Profession |  | | |
| Activité | 🞏 Libérale 🞏 Hospitalière 🞏 PMI  🞏 autre : préciser.............................................................................. | | |
| Adresse professionnelle  Si plusieurs lieux d’exercice, compléter dans le dernier § | ----------------------------------------------------------------------------------------  ----------------------------------------------------------------------------------------  Code Postal |\_|\_|\_|\_|\_| Ville ---------------------------------------------- | | |
| Pièces à fournir au format numérique | 🞏 Pièce d’identité  🞏 Photo portait  🞏 CV  🞏 Lettre de motivation pour intégrer cette formation  🞏 Extrait de casier judiciaire | 🞏 Copie de tous les diplômes  🞏 Copie de votre assurance professionnelle  🞏 Copie des attestations de validation de formations SVS | 🞏 Liste de vos publications si vous en avez  🞏 Liste des sociétés, collèges scientifiques, … auxquels vous adhérez |
| **LA VALIDATION DES FORMATIONS SUIVANTES EST OBLIGATOIRE POUR AVOIR ACCES A LA FORMATION** | | | |
| *Obligatoire*  Formation SVS « les bases de la connaissance en matière de violence sexuelle » | | | Ville :  Date : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM |  | | |
| Prénom |  | | |
| Les thérapeutes | | | |
| *Conseillé*  Formation SVS « outils psycho-corporels » niveau 1 | Ville :  Date : | *Conseillé*  Formation SVS « outils psycho-corporels » niveau 2 | Ville :  Date : |
| Les sages-femmes | | | |
| *Conseillé*  Formation SVS « périnatalité » | Ville :  Date : | *Conseillé*  Formation « sexologie » de l’ANSFL | Ville :  Date : |
| Si vous avez suivi d’autres formations SVS, merci de les lister : intitulé de la formation, ville, date | | | |
|  |  | | |
| J’ai lu le formulaire SVS intitulé « Note d’information à destination des soignants du maillage thérapeutique SVS recevant des personnes victimes de violences sexuelles» et j’y adhère | | | |
| 🞏 Oui 🞏 Non | | | |
| J’ai lu le formulaire SVS intitulé « Note d’information à destination des personnes victimes de violences sexuelles contactant un soignant figurant dans le maillage thérapeutique SVS », je l’ai compris et m’engage à en remettre un exemplaire à chaque personne rencontrée lors de bilans pré-thérapeutiques et en suivi intermédiaire d’ateliers | | | |
| 🞏 Oui 🞏 Non | | | |
| Je souhaite participer à la prise en charge d’auteurs d’agressions sexuelles | | | |
| 🞏 Oui 🞏 Non | | | |
| Je peux participer au suivi d’auteurs d’agressions sexuelles | | | |
| 🞏 en ouvert 🞏 en milieu carcéral | | | |
| Tout commentaire que vous souhaiteriez ajouter | | | |
|  | | | |

J’atteste sur l’honneur que ces informations sont exactes et que je n’ai fait l’objet d’aucune condamnation pénale en matière de crime ou de délit.

À---------------------------------------------- , le |\_|\_| |\_|\_||\_|\_|

**Signature** (+ merci de parapher la page 1)

Règlement par CB en ligne :   
<https://asso.stopauxviolencessexuelles.com/collect/description/236789-l-formation-ateliers-escrime-01-02-03-juillet-2022>

ou chèque à adresser à SVS – Jürgen KURZ, Trésorier SVS – 4 rue des Petits Prés – 78810 Feucherolles