



Formation courte

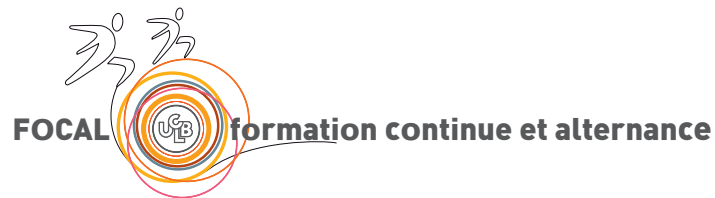
DPC

FORMATION CONTINUE

CONNAÎTRE ET SAVOIR 2021

REPÉRER LES TROUBLES DYS

L'objectif de cette formation est de former les médecins à repérer les signes d'alertes de troubles Dys et de dépister les enfants à risques.



Equipe pédagogique

RESPONSABLE PÉDAGOGIQUE

Dr Carole VUILLEROT,
carole.vuillerot@univ-lyon1.fr

CONCEPTRICE

Dr Sibylle GONZALEZ-MONGE

FORMATEURS

Mme E. ARTIGES - Enseignante spécialisée
Mme B. BOUDIA - Neuropsychologue
Mme C. MOUCHARD-GARELLI - Ergothérapeute
Dr S. GONZALEZ-MONGE - Neurologue
Mme B. LECLERCQ, professeure du
2nd degré spécialisée
Dr S. MARIGNIER - Neuropédiatre
Dr A. RICHARD-MORNAS, Neurologue
Mme M-A. ROCHER - Psychomotricienne

Inscriptions : Formation Continue

Carine DULAC

carine.dulac@univ-lyon1.fr
Tél. 04 78 77 72 02
Fax 04 78 77 28 10

Université Claude Bernard Lyon 1
Service FOCAL - Antenne Santé
8 avenue Rockefeller
69373 LYON cedex 08

<http://focal.univ-lyon1.fr>

FOCAL Lyon 1

Connaître et savoir repérer les troubles Dys

STAGIAIRE : Toutes les mentions sont obligatoires, sous peine de non validation de la prise en charge par l'ANDPC

☐ Mme ☐ M. NOM : Nom de naissance :
 Prénom : Date de naissance :
 Adresse obligatoire :
 Code postal : Ville :
 Tél. portable : Tél. professionnel :
 Email obligatoire (pour envoi convocation) :
 Profession :
 Mode d'exercice dominant (>50%) : ☐ Salarié ☐ Libéral ☐ Hospitalier ☐ Mixte
 N° RPPS ou ADELI :
 Par quel moyen avez-vous eu connaissance de cette formation :
☐ Brochure ☐ Site Université ☐ Email ☐ Courrier ☐ Réseaux Sociaux ☐ Autres :

Dates	Tarifs	Cocher
28 et 29 juin 2021	450€	<input type="checkbox"/>

REGLEMENT

☐ Inscription à titre individuel,
☐ Inscription en parallèle sur le site de l'ANDPC,
☐ Inscription par l'employeur, **renseigner la partie employeur ci-dessous**

Le règlement des frais d'inscription et de formation sera à effectuer à réception de la ou des facture(s) établies par le service FOCAL de l'UCBL. Les factures seront adressées aux stagiaires (ou aux organismes prenant en charge la formation) en suivant l'échéancier indiqué sur le contrat ou la convention de formation professionnelle qui sera établi(e) à réception du bulletin d'inscription.

EMPLOYEUR : ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Je soussigné(e) agissant en qualité de :
 Pour le compte de :
 S'engage à régler à l'université Claude Bernard Lyon 1 l'inscription mentionnée ci-dessus :
 Pour un montant de :
 Numéro de SIRET: | | | | | | | | | | | | | | | | | | privé ☐ public ☐

Adresse de convention : Nom du correspondant : Tél : Mail :	Adresse de facturation Si facturation à un tiers (OPCALIA, AGEFOS, ...) joindre un justificatif Tél : Mail :
--	---

Date **Signature du stagiaire** **Nom, signature et cachet de l'employeur**

Chaque formation sera assurée sous réserve d'un nombre suffisant d'inscrits.
L'inscription sera validée au retour de la convention signée par l'employeur ou le stagiaire.
Université Claude Bernard Lyon 1 - FOCAL - Antenne Santé – 8, av Rockefeller - 69373 LYON Cx 08
Tél. : 04 78 77 72 02 - carine.dulac@univ-lyon1.fr - <http://focal.univ-lyon1.fr> N° déclaration 8269P000169