

# Colloque « la recherche en santé mentale et en psychiatrie : vers une pratique accessible et collaborative ».

Le 10 avril 2026 de 09h à 16h30 - Salle Camille CLAUDEL

**À retourner au plus tard le 31/03/2026 : aux 2 adresses mails suivantes :**

- Madame Valérie RIEDEL : [valerie.riedel@ch-montfavet.fr](mailto:valerie.riedel@ch-montfavet.fr)
- Madame Marion BAYLET : [marion.baylet@ch-montfavet.fr](mailto:marion.baylet@ch-montfavet.fr)

**PARTICIPANT : PROFESSIONNEL DU CENTRE HOSPITALIER DE MONTFAVET**

NOM ..... Prénom .....

Fonction .....

Service ..... Pôle .....

Adresse personnelle .....

CP ..... Ville .....

Tel ..... Courriel ..... @ .....

**Les frais d'inscription sont intégralement pris en charge par l'établissement.**

**Il vous suffit de retourner :**

- Ce bulletin renseigné,
- Accompagné du formulaire de formation signé.

**Je serai présent(e) au buffet du midi (gratuit) :** ☐ OUI ☐ NON

Fait à ..... le .....

Signature :

**Pour tout renseignement, vous pouvez contacter Madame Marion Baylet - Cadre supérieur de santé -  
Coordination de la recherche - Direction des soins - [marion.baylet@ch-montfavet.fr](mailto:marion.baylet@ch-montfavet.fr)**

# DEMANDE DE PARTICIPATION A UNE ACTION DE FORMATION DU PERSONNEL NON MEDICAL

<b>NOM :</b> ..... <b>NOM de jeune fille :</b> ..... <b>Prénom :</b> ..... <b>Grade ou fonction :</b> ..... <b>Matricule :</b> ..... <b>Ancienneté dans l'établissement :</b> ..... <b>INTITULÉ</b> de l'action de formation demandée ..... .....	<b>PLAN 2026</b> <b>Pôle :</b> ..... <b>Unité :</b> ..... <b>N° de poste :</b> .....
<b>JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE PROGRAMME</b>	

<b>TYPOLOGIE DE LA FORMATION</b>		
<input type="checkbox"/> 2 – Adaptation à l'emploi	<input type="checkbox"/> 3 – Préparation aux concours	<input type="checkbox"/> Colloque et Congrès

**A renseigner uniquement pour les formations non prévues au plan et passant en commission (Groupe Restreint)**

☐ Demande sur l'enveloppe des formations ponctuelles

☐ Demande sur l'enveloppe des formations qualifiantes non-promotionnelles

☐ Demande sur le Compte Personnel de Formation

Lieu de formation : .....

Dates prévues : ..... Nombre d'heures ou de jours : .....

**ORGANISME FORMATEUR**      Inscription en ligne    ☐ NON    ☐ OUI (transmettre les justificatifs d'inscription)

Nom de l'organisme : ..... Tel : .....

Adresse : .....

N° de déclaration d'activité (suffisant pour les colloques) : ..... **Certification QUALIOPI obligatoire pour les actions de formation**

▪ **Frais d'enseignement :** ..... €

▪ **Frais de repas :** ..... repas X **20 €** (10 € repas de midi sur résidence administrative) = ..... €

▪ **Frais d'hébergement \* :** ..... nuitées X ☐ 90 €    ☐ 120 €    ☐ 140 € = ..... €

\* 90 € = tarif de base    120 € = villes de plus de 200 000 habitants et banlieue parisienne    140 € = Paris Centre

▪ **Frais de déplacement :** Billets SNCF A/R : ..... € (ne pas réserver de billet non remboursable, non échangeable)  
**ou** remboursement kilométrique\*\* : ..... kms A/R X **0,32 €** = ..... €

\*\* kilométrage le plus court entre le départ, soit de la résidence administrative, soit de la résidence familiale  
 Fournir **obligatoirement** la copie de la carte grise du véhicule

**soit total prévisionnel :**

€

**Date de la demande**

**Signature de l'agent**

<b>Avis du cadre évaluateur</b> <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable <b>Nom :</b> <b>Signature :</b> Motifs si défavorable :	<b>Avis du responsable de pôle</b> <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable <b>Nom :</b> <b>Signature :</b> Motifs si défavorable :	<b>Avis du cadre supérieur de santé ou du directeur</b> <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable <b>Nom :</b> <b>Signature :</b> Motifs si défavorable :
--	---	--

**Toute demande non signée ne sera pas prise en considération**

<b>Décision du groupe de travail formation du pôle</b> en date du : Visa du référent formation du pôle	<input type="checkbox"/> Formation accordée <input type="checkbox"/> Avis défavorable <input type="checkbox"/> Formation reportée Motifs : ..... .....
--	--

**Objectifs personnels**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Objectifs institutionnels**

---

---

---

---

---

---

---

---