****

**Formation Pair Ressource en Santé mentale**

*Afin de mieux vous connaitre, merci de compléter ce document à nous renvoyer par mail ou par courrier avant votre entretien*

Prénom : …………………………………. Nom : …………………………………………

Date de Naissance : …………………………….

Adresse: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Code Postal : …………………………………… Ville ……………………………………………………………

Téléphone Portable : …………………………………………

Mail: ……………………………………………………… Profession : ……………………………………………………

Etes-vous en activité actuellement ? Oui Non

**Comment avez-vous pris connaissance de la formation proposée ?**

Réseaux sociaux

Association d’usagers

Site internet Si oui, précisez lequel : ……

Personne ayant déjà suivi ce type de formation

Information par un professionnel de santé

**Votre projet de formation résulte**

* D’une démarche individuelle OUI Non
* D’une orientation ou conseil ? Oui Non Si oui, pouvez-vous préciser ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **Motivations pour intégrer la formation « Pair Ressource en Santé Mentale » :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**La formation** **« Pair Ressource en santé Mentale »** s’articule autour des quatre grands axes ci-dessous : En hiérarchisant de 1 à 4, indiquez les axes qui vous intéressent prioritairement

**Axe ETP**

Education thérapeutique du patient et psychoéducation

**Axe Rétablissement**

Connaitre, comprendre, promouvoir, expliquer les mécanismes du rétablissement

**Axe Pair aidance**

Formes, modalités, pratiques

**Axe Méthodologique**

Communication, outils et techniques d’entretien et d’animation/ intervention pédagogique

Quels sont les autres thèmes qui vous intéressent en santé mentale et neuro développement ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Avez-vous suivi, vous-même, un programme d’éducation thérapeutique ou de la psychoéducation ?

OUI Non

**A l’issue de la formation :**

Comment souhaiteriez-vous vous investir en tant que pair ressource ? (Accompagnement à la vie sociale, intervention en formation, intervention en Education thérapeutique ou psychoéducation, autre) ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **Envisagez-vous de continuer à vous former après cette formation ?** Oui Non

Si oui, dans quel domaine ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **Aurez-vous des contraintes particulières durant cette formation ? (Trajet/déplacement…).**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Avez-vous exercé une activité professionnelle, associative, sportive, de loisir** pour laquelle votre pratique pourrait vous être utile pour la suite de votre projet ? Oui Non

Si oui, laquelle :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………