



DEMANDE DE LABELLISATION SFNCM

RENSEIGNEMENTS

Titre de l'action de formation ou du document pédagogique pour lequel vous souhaitez obtenir le label SFNCM :

.....

Vous demandez le label SFNCM au titre :

- D'une institution (établissement de santé, CLAN, etc.) D'une société privée
- Autre (précisez :))

Vous demandez le label SFNCM pour :

- Une action de formation réalisée par un CLAN ou un réseau de CLANs
- Un document pédagogique*

**Veuillez indiquer le type de support de votre document pédagogique :*

- Livre, fascicule CD-Rom Vidéo DVD Site internet Site intranet
- Autre (précisez :))

PROMOTEUR

Raison sociale et adresse :

.....

E-mail de contact :

Affiliation du responsable de l'action de formation ou du document pédagogique :

Public

- Hôpital EPST Université École/Centre de formation

Privé

- Hôpital Hôpital PSPH Industriel Centre de formation Prestataire de service

Autre

- Association Société savante Agrément de formation

PROMOTION DE L'ACTION/DOCUMENT PAR LA SFNCM

Promotion souhaitée sur le site internet de la SFNCM : Oui Non

Si oui, veuillez indiquer l'adresse de son site internet :

Ainsi que l'e-mail de la personne référente :

Si le document n'est pas disponible sur le site du promoteur, autorisez-vous son hébergement sur le site internet de la SFNCM ? Oui Non

PUBLIC CIBLE

Professions médicales

Médecins Biologistes Pharmaciens Spécialistes Généralistes

Étudiants Hospitaliers Libéraux

Autre (précisez :))

Professions paramédicales

Infirmières Diététiciennes Kinésithérapeutes Psychologues

Auxiliaires/Aides soignantes Hospitaliers Libéraux

Autre (précisez :))

Patients

Enfants Adultes Éducation thérapeutique

Autre (précisez :))

Grand public

Enfants Adultes Éducation santé

Autre (précisez :))

LIEU DE RÉALISATION

Adresse :

.....

.....

MODALITÉS PRATIQUES

Action de formation

Formation Professionnelle Continue : Oui Non

Formation initiale (cours universitaire ou école et les 3 ans qui suivent la fin de celui-ci) : Oui Non

Tarification : Gratuite Payante

Fréquence : Régulière Occasionnelle

Diffusion : Locale (intraservice, intrahospitalière, etc.) Régionale Nationale Internationale

Document pédagogique

Tarification : Gratuit Payant **Nombre d'exemplaires prévus :** ex.

Diffusion : Locale (intraservice, intrahospitalière, etc.) Publicité par voie de presse

Publicité par voie de presse Mailing Réseau de représentants Internet

Autre (précisez :)

INTERVENANTS

Nom	Qualité (medecin, diététicien, IDE, etc.)	Ville d'exercice

LABELLISATION DE FORMATION

Durée prévisible de vie de la formation (contenu inchangé) :

Demande ou obtention de labellisation auprès d'autres sociétés : Oui Non

Si oui, lesquelles ?

LABELLISATION DE DOCUMENTS

Description détaillée (nombre de documents, nombre de pages, numéro de version, durée pour un enregistrement) :

.....
.....
.....
.....
.....

Documents associés soumis à un copyright : Oui Non

Demande ou obtention de labellisation auprès d'autres sociétés : Oui Non

Si oui, lesquelles ?

DOCUMENTS A TRANSMETTRE

Veillez envoyer tous vos documents ainsi que ce formulaire de demande de labellisation complété par voie postale à l'adresse suivante :

SOCIÉTÉ K'NOË
DEMANDE DE LABEL SFNCM
15 RUE CARNOT
94270 - LE KREMLIN-BICÊTRE