**Aux répondants des stagiaires**

**auxiliaires de santé Croix-Rouge Valais**

**& infirmiers/ères Chefs/Cheffes**

Sion, décembre 2015/CD/at

**Présentation de la formation d’accompagnateur en psychiatrie de l’âge avancé (FAP)**

Madame, Monsieur,

Construites avec les praticiens d’après les besoins du terrain, la formation de facilitateurs en psychiatrie de l’âge avancé (FAP) a pour but d’apporter de manière efficiente des réponses, des pistes d’amélioration, de développer les compétences nécessaires et spécifiques au personnel amené à accompagner de près ou de loin les personnes présentant des troubles de psychiatrie de l’âge avancé. Les formateurs proposent une formation adaptée, pragmatique et en interdisciplinarité. L’alternance intégrative (rythme) permet l’optimisation des modules de formation, les compétences développées sont validées par un examen.

Plus de 250 cours sont organisés sur la Suisse romande chaque année. La Croix-Rouge Valais est le partenaire pour le territoire valaisan, c’est à ce titre que nous vous invitons pour une séance de présentation de la formation le

**Mardi 16 février 2016 de 14h00 à 16h00**

Bien entendu nous sommes à votre disposition pour une présentation personnalisés dans votre structure ou institution. Prenez contact avec nous.

Dans l’attente de cette rencontre, nous vous présentons, Madame, Monsieur, nos plus cordiales salutations.

Croix-Rouge Valais

**Service des cours**

Corinne Dettwiler

Responsable des cours

**BULLETIN D’INSCRIPTION**

Prière de remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM :**  | **PRENOM :** |  |
| **Institution:** | **Adresse complète:** | **Téléphone :** |

Je participe à la demi-journée **Présentation de la formation d’accompagnateur en psychiatrie de l’âge avancé (FAP)** :

□ 16 février 2016 de 14h00 à 16h00 (mardi)

**Lieu** : *Petits Pois Carottes – Rue des Rottes 29 – 1964 Conthey*

Je serai accompagné(e) de :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM :**  | **PRENOM :** |  |
| **Institution:** | **Adresse complète:** | **Téléphone :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM :**  | **PRENOM :** |  |
| **Institution:** | **Adresse complète:** | **Téléphone :** |