**DIAGNOSTIC PRÉALABLE À LA FORMATION**

Titre de la formation :  **START un dispositif de formation croisée en territoire**

**Les objectifs généraux de la formation :**

* Mieux connaître les personnes présentant un ou des TND
* Connaître les principes et les outils d’évaluation et d’intervention
* Coordonner le parcours de personnes présentant un TND

Département : **AUDE**

Dates : **30/09/2024, 01/10/2024, 14/10/2024, 15/10/2024, 28/01/2025**

***NB : Ce document est confidentiel.***

***Il servira de support à la réflexion de chacun et à alimenter les échanges lors de la journée de formation.***

**Les professionnels feront parvenir ce document par e-mail à****c.garcia@creaiors-occitanie.fr**

**avant la date de la formation (au plus tard le 23/09/2024)**

Présentation professionnelle

|  |  |
| --- | --- |
| Vos nom et prénom |  |
| Votre fonction |  |
| Le nom de la structure dans laquelle vous travaillez ? |  |
| Depuis combien de temps travaillez-vous dans la structure ? Indiquer l’année d’embauche |  |
| Avec quel public travaillez-vous ? |  |

Expériences et connaissances sur le thème

|  |  |
| --- | --- |
| Avez-vous déjà bénéficié d’une formation sur cette thématique ? |  **OUI** **NON****[ ]** **[ ]**  |
|  |
|  |  |  |  |  |
| Votre connaissance de la thématique |  |  |  |  |
|  |
| Utilisez-vous des outils, des protocoles, avez-vous des documents supports ? |  |

**Intérêts pour la formation**

|  |  |
| --- | --- |
| Qu’attendez-vous de cette formation et quels sont vos objectifs ? | * L’intérêt pour cette thématique
* Améliorer ma connaissance/acquérir de nouveaux savoirs
* Approfondir le sujet
* Me mettre en conformité avec le cadre règlementaire et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles
* Échanger sur les pratiques professionnelles
* Rencontrer et échanger avec mes collègues
* Sortir de la routine professionnelle
* Prendre de la distance par rapport au vécu et de l’expérience
* Posture professionnelle
* Mieux répondre aux attentes de la structure
* Autre *(précise*z)…………………………………………………………………………….
 |