



ANALYSE DU BESOIN RECCUEIL DES ATTENTES

Date de création : 06/2019
Mise à jour le 16/03/2021
Version : 2

A retourner par mail à l'adresse suivante : ducourneau.j@orange.fr

Date(s) de la formation	
Nom	
Prénom	
Diplôme d'ostéopathe le <i>(joindre la copie du diplôme)</i>	___ / ___ / ___
E-mail	
Téléphone	
Formations post gradués validées :	1. . 2. . 3. . 4. .
Installation depuis le :	___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> Assistant <input type="checkbox"/> Remplaçant
Type d'activité dans le cabinet :	1. . 2. . 3. .
Bénéficiaire en situation de handicap ? <i>Vous êtes en situation de handicap notre équipe saura vous apporter toute son attention et écoute afin de répondre à votre besoin, notamment en aménageant au mieux votre enseignement et faire ainsi en sorte que votre formation se déroule du mieux possible.</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, typologie de handicap : <input type="checkbox"/> Handicap Moteur <input type="checkbox"/> Handicap Visuel <input type="checkbox"/> Handicap auditif <input type="checkbox"/> Handicap psychique <input type="checkbox"/> Handicap intellectuel <input type="checkbox"/> Handicap consécutif à une maladie invalidante <input type="checkbox"/> Autre :
Expérience en périnatalité	
1. BB avec type de pathologies rencontrées :	
Difficultés rencontrées dans la pratique	
2. Femmes enceintes type d'indications rencontrées :	
Difficultés rencontrées dans la pratique :	
3. Femme en post-partum type d'indications rencontrées :	
Difficultés rencontrées dans la pratique :	
Avez-vous déjà suivi une formation sur ce thème ou un thème voisin ? Si oui, laquelle ? En quelle année ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - -
Avez-vous demandé personnellement de suivre cette formation ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si non, qu'attendez-vous en priorité de cette formation ?	<input type="checkbox"/> Des échanges de pratiques <input type="checkbox"/> Un perfectionnement <input type="checkbox"/> Des nouveautés sur la fonction <input type="checkbox"/> Des exercices <input type="checkbox"/> Des conseils individualisés <input type="checkbox"/> Des rappels techniques
Quels sont vos trois objectifs opérationnels à atteindre à l'issue de cette formation ?	1 - 2 - 3 -
Avez-vous des cas concrets pour lesquels vous souhaiteriez des réponses durant la formation ?	