***FORMATION INITIALE A LA GESTION MENTALE***

***Devis***

Action d’adaptation et de développement des compétences

|  |  |
| --- | --- |
| **DUREE, DATES****HORAIRES** | **6 jours en 2019 répartis en 4 vendredis soirs et 4 samedis :** **1 et 2 mars, 15 et 16 mars, 29 et 30 mars, 26 et 27 avril**Vendredi : 18h00 / 21h00 - Samedi : 9h30 - 12h30 / 14h00 - 17h00 (durée totale : 36 h)  |
| **LIEU** | **CAEN,** Maison diocésaine : 1 rue Nicolas Oresme (14000)  |
| **PUBLIC****EFFECTIF** | Professionnels de l’éducation et de la santé : orthophonistes, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, accompagnants, enseignants, assistants… Parents8 à 15 stagiaires maximum |
| **PRÉ-REQUIS** | Aucun |
| **FINALITE** | Connaître les processus mentaux de l’apprentissage pour mieux prendre en compte la diversité des apprenants, dans ses pratiques d’accompagnement, de rééducation ou d’enseignement, en favorisant la confiance, l’estime de soi et l’autonomie de chacun. |
| **OBJECTIFS**  | * Connaître la diversité des ressources mentales : évocations et projets.
* Savoir distinguer les étapes du traitement de l’information : perception, évocation, communication.
* Identifier ses propres stratégies d’apprentissage.
* Définir et décrire les gestes mentaux : faire attention, comprendre, mémoriser, réfléchir, imaginer.
* Expérimenter la Gestion Mentale dans un cadre professionnel ou personnel.
 |
| **FORMATRICE** | **Pascale de FERRON**, praticienne et formatrice en Gestion mentale.  |
| **COUT** | Financement pris en charge par l’employeur ou par un Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) : **1176 € (soit 196 € / jour)** |

**M.** **☐ Mme.** **☐ NOM :** **Prénom :** **Profession****:**

**Adresse :**  **Code Postal et VILLE :**

**Téléphone fixe ou portable :**  **Courriel :**

Souhaite suivre la « ***formation initiale à la Gestion Mentale*** »,

**Financement**:

☐ Par l’employeur \* ou par un Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA)

\* **ETABLISSEMENT NOM ou RAISON SOCIALE** :

**Adresse :**  **Code postal et VILLE :**

**Téléphone :**  **Courriel :**

**NOM du responsable RH ou de la formation :**

**Nom du signataire de la convention de formation et fonction :**

**NOM et adresse de l’OPCA :**

**Date et signature :**

*Merci de remplir et de* ***renvoyer*** *ce bulletin (si possible par mail) à* *adm@ifnormandie.org*

*Une convention de formation professionnelle continue vous sera alors envoyée afin de confirmer votre inscription.*