

# Formulaire d'inscription

## PARCOURS DE FORMATION

### PACTE CLS

#### (CONTRAT LOCAL DE SANTÉ)



**Je m'inscris à un ou plusieurs modules du parcours de formation PACTE CLS.** La durée de chaque module composé de la consultation de ressources e-learning, du suivi de 2 classes virtuelles et d'une session de formation présentielle est estimée à 4 mois. **Je précise le(s) module (s) :**

- Module 1 - Promouvoir le CLS comme levier de la politique territoriale de santé - mars 2025
- Module 2 - Soutenir le développement du CLS par l'application de fondements de santé publique - avril-mai 2025
- Module 3 : Piloter et animer un CLS - juin-juillet 2025
- Module 4 - Evaluer un CLS et son plan d'actions - septembre 2025
- Module 5 - Concevoir et appliquer une stratégie d'intervention en santé - octobre 2025
- Module 6 : Concevoir et appliquer une stratégie d'intervention en santé environnement - novembre 2025
- Module 7 : Agir en promotion de la santé mentale sur son territoire - décembre 2025

Nom : ..... Nom de naissance : .....  
Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Lieu de naissance : .....

Courriel (obligatoire) : .....

Fonction : .....

Direction/Service : .....

Nom et adresse postale de l'employeur : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Statut juridique de l'employeur :  Public  Privé

N° de SIRET : ..... Code APE : .....

Adresse postale professionnelle .....

Numéro de téléphone professionnel : .....

Nom et prénom de votre responsable formation : .....

Adresse postale (si différente employeur) .....

Courriel de contact du responsable formation (obligatoire) : .....

J'accepte d'être informé(e) par e-mail des formations EHESP

Fait le ..... le ..... le .....  
Signature du candidat ..... Signature de l'employeur ..... Signature du .....  
..... Responsable formation

## Tarif

Pour les publics concernés, formation prise en charge par l'ARS inscrite dans le dispositif et inscription soumise à validation de l'ARS.

## Pour finaliser votre inscription,

Scannez ou photocopiez ce bulletin d'inscription puis retournez le dûment rempli par courriel à votre interlocuteur à l'ARS ainsi qu'à l'EHESP à [pacteccls@ehesp.fr](mailto:pacteccls@ehesp.fr)

L'EHESP est organisme de formation enregistré sous le n° 53 35 09162 35

Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat

Organisme enregistré par l'Agence nationale du DPC N° 2371

Les personnes en situation de handicap souhaitant bénéficier d'un accueil spécifique peuvent s'adresser par courriel à : [referent-handicap@ehesp.fr](mailto:referent-handicap@ehesp.fr)

Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 et au RGPD 2016/679 du 27 avril 2016 vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à DDFC – École des hautes études en santé publique, 15 avenue du Professeur-Léon-Bernard 35043 Rennes et/ou par email à [fc-communication@ehesp.fr](mailto:fc-communication@ehesp.fr)

Retrouvez toute l'offre de formation continue EHESP sur notre site [formation-continue.ehesp.fr](http://formation-continue.ehesp.fr)