



**CENTRE GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL**  
**INSTITUT DE FORMATION AIDE SOIGNANT**  
N° enregistrement 9313 P00 3313

176, Avenue de Montolivet - BP 50058 - 13375 Marseille Cedex 12  
Secrétariat ☎ : 04.91.12.75.15- Fax : 04.86.57.81.24  
Email : [ifas@cgd13.fr](mailto:ifas@cgd13.fr)

**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**MODULE DOMOTIQUE 2020 :**  
**SOINS ET TECHNOLOGIES INNOVANTES**

**INSCRIPTIONS :**

➔ **Septembre 2019 à mars 2020** (dans la limite des places disponibles)

Les dossiers sont :

- A retirer dans les locaux de l'**Institut de Formation**  
176, Avenue de Montolivet – 13012 MARSEILLE – Pavillon Garlaban – rez-de-chaussée
- A télécharger sur internet : [www.cgd13.fr](http://www.cgd13.fr) rubrique « enseignement »

- ✓ **Période de la formation** : Les 11, 12 et 13 mars  
Les 26 et 27 mars  
Les 9 et 10 avril  
Les 29 et 30 avril  
Le 15 mai
- ✓ **Durée de la formation** : 70h heures
- ✓ **Coût de la formation** : 900 euros  
Pour la première session de 2020, le coût est ramené à 700 euros grâce à la subvention du Conseil Régional.

Pour tout renseignement contacter le secrétariat IFAS : 04.91.12.75.15

ou consulter notre site Internet [www.cgd13.fr](http://www.cgd13.fr)



## **Objectifs de la formation :**

- Améliorer la prise en charge de la dépendance au domicile de la personne handicapée, âgée, en perte d'autonomie
- Appréhender la domotique et l'intégrer dans ses pratiques afin de sécuriser le maintien à domicile des personnes en situation de handicap
- Evaluer les besoins de la personne dépendante et accompagner la personne dépendante dans l'adaptation de son environnement par rapport à ses besoins
- Proposer des solutions adaptées et accompagner la personne dépendante dans son projet de vie
- Etre capable d'utiliser les dispositifs existants

## **Contenu :**

- La législation et l'éthique
- Présentation des différentes solutions technologiques et rôle du soignant
- L'accompagnement du changement
- La communication
- Cas concrets et analyses de pratiques

## **Prestations proposées :**

Durée de la formation : 70 heures

Période et rythme : Les 11, 12 et 13 mars  
Les 26 et 27 mars  
Les 9 et 10 avril  
Les 29 et 30 avril  
Le 15 mai

Horaires : de 8 heures 30 à 12 heures 30 et de 13 heures 30 à 16 heures 30.

Public : Cadre de santé, Responsable de Secteur « service à la personne », IDEC, IDE, IDEL, AS, ASG, AMP, AP, AVF, AES, kinésithérapeutes, ergothérapeute, psychomotricien

Groupe de 10 à 15 personnes

## ***PIECES A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION***

- **La fiche d'identification complétée**
- **Une photo d'identité récente à coller dans le cadre correspondant**
- **Copie de votre diplôme**
- **Lettre d'engagement si financement personnel  
OU Attestation de l'employeur si prise en charge par l'employeur  
OU Attestation de prise en charge par un autre organisme**



**FICHE D'IDENTIFICATION A REMPLIR**

PHOTO A  
COLLER

**Session :** .....

**Nom :** .....

**Nom d'épouse :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... **à** .....

**Nationalité :** .....

**Adresse complète :** .....

.....

**Tél. : Fixe :** ..... **Portable :** .....

**Adresse mail :** .....

**Prise en charge financière**

**Vous-même**  oui  non

**Employeur**  oui  non

**Autres** .....

**Nom et adresse de l'employeur ou de l'organisme :** .....

Je soussigné(e).....atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et que les copies des pièces jointes sont conformes à l'original.

Fait à ....., le.....

Signature :

# ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION

## FORMATION : MODULE DOMOTIQUE

Session : .....

### Partie à compléter par l'employeur :

Je soussigné(e) :

NOM : .....

Fonction : .....

Etablissement : .....

.....

Certifie que l'établissement prend en charge les frais d'inscription et le coût de la formation  
« Module Domotique » d'un montant de **700 euros** par personne pour l'agent suivant :

.....

### Périodicité de paiement :

- Par exercice au prorata, après réception facture
- En un seul paiement en fin de formation, après réception facture

Fait à ....., le .....

Cachet

Signature et nom du responsable :