**GROUPE D’ECHANGE ENTRE REPRESENTANTS DES USAGERS D’ILE-DE-FRANCE**

**Date : 10 mai 2021**

**Lieu : en visio-conférence**

**Durée : 1/2 journée : 9h30 – 12h30**

**Coût :** **Gratuit**

**Animatrice : Martine Séné-Bourgeois, Représentante des Usagers formée à l’animation de groupes d’échanges**

**Inscription obligatoire**

**(formulaire ci-dessous p.2)**

Les groupes d’échanges sont des temps de rencontre spécifiques entre Représentants des Usagers (RU) destinés à vous permettre d’échanger autour de votre quotidien.

Ils sont l’occasion de découvrir les différentes pratiques existantes dans la région dans l’exercice des fonctions de RU, d’aborder les difficultés rencontrées mais aussi les réussites et les besoins identifiés pour mener à bien vos missions de RU.

L’objectif général est de vous permettre d’avancer ensemble en vous inspirant mutuellement, en travaillant en groupe sur des problématiques communes, en apprenant les uns des autres et en renforçant les compétences acquises en formation.

**Bulletin d’inscription**

**GROUPE D’ECHANGE ENTRE REPRESENTANTS DES USAGERS D’ILE-DE-FRANCE**

**Lundi 10 mai 2021**

**En visioconférence**

**9h30 – 12h30**

**Merci de renvoyer ce bulletin à France Assos Santé Ile-de-France (URAASS Ile-de-France)**

**par mail :** [formation-idf@france-assos-sante.org](mailto:formation-idf@france-assos-sante.org)

**Pour toute question vous pouvez nous contacter au 01 43 29 92 38**

***Pour rappel, dans le cadre de la RGPD – règlement n° 2016/679 vous disposez d’un droit de modification ou de suppression de vos données personnelles, n’hésitez pas à en informer France Assos Santé Ile-de-France : ile-de-france@france-assos-sante.org.***

Nom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Prénom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Association : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Adresse mail : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Téléphone : \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

1. **Etablissement** dans lequel vous êtes Représentant des Usagers :

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

1. **Département** dans lequel vous êtes Représentant des Usagers : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
2. **Instance(s)** dans laquelle/lesquelles vous êtes Représentant des Usagers :

* Commission des usagers (CDU)

Au sein de cette instance êtes-vous :

 Titulaire

 Suppléant

* Conseil de Surveillance d’établissement public ou Conseil d’Administration d’établissement de santé privé

Au sein de cette instance êtes-vous :

 Titulaire

 Suppléant

* Conférence Territoriale de Santé (CTS)

Au sein de cette instance êtes-vous :

 Titulaire

 Suppléant

* Conférence Régionale de la Santé et de l’Autonomie (CRSA)

Au sein de cette instance êtes-vous :

 Titulaire

 Suppléant

* Commission de Conciliation et d’Indemnisation (CCI)

Au sein de cette instance êtes-vous :

 Titulaire

 Suppléant

* Comité de Protection des Personnes (CPP)

Au sein de cette instance êtes-vous :

 Titulaire

 Suppléant

* Conseil de la Caisse Primaire d’Assurance Maladie (CPAM)

Au sein de cette instance êtes-vous :

 Titulaire

 Suppléant

* Autre (précisez) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

1. **Date de votre première nomination** en tant que Représentant des Usagers :

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_