

CONVENTION DE FORMATION PROFESSIONNELLE

(Version 1.1, mise à jour le 10/06/2022)

Application des Articles L.6353-3 à 6353-7 du Code du travail (Art.4 de la loi n°71575 du 16 juillet 1971).

Ce contrat doit être conclu avant toute inscription définitive et tout règlement de frais (Article L.6353-3).

|  |  |
| --- | --- |
| **Entre** :  | **Institut Français de Thérapie des schémas (IFTS)** |
|  | Représenté par son Directeur : Dr Arnaud GAUTHIERAssociation à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901Adresse postale : IFTS, 7 rue Pierre Bayle 75020 PARISN° SIRET : 81434297800024 |
|  | Ci-après l’**organisme de formation**, d’une part, |
|  |  |
| **Et :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  | Ci-après l’**établissement financeur**, d’autre part.  |
| **Pour :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  | Ci-après le **Participant**, d’autre part |

# Article 1 : OBJET

L’organisme de formation met en place, au bénéfice du Participant, une formation rentrant dans l’une ou l’autre des catégories suivantes prévues aux Articles L.6313-1 à L.6313-11 du Code du Travail : prévention, adaptation, formation professionnelle, entretien et perfectionnement des connaissances.

Intitulé de l’action de formation : ***Qualification IFTS niveau 1 en Thérapie des Schémas pour Enfant et Adolescents***

# Article 2 : PRE-REQUIS

Afin de suivre au mieux l’action de formation susvisée et obtenir la certification à laquelle elle prépare, le Participant a été informé qu’il est nécessaire :

* Être titulaire d’un des diplômes suivants :
	+ Master de Psychologie Clinique.
	+ Master de Psychologie autre que clinique avec DU de Thérapeute TCC ou équivalent.
	+ Doctorat en médecine avec qualification en psychiatrie.
	+ Diplôme de doctorat en médecine avec DU de Thérapeute TCC ou équivalent.
* Avoir une activité clinique régulière de psychothérapeute et être enregistré auprès de l’ARS de son lieu d’exercice.
* Apporter 2 cas personnels de patients pour les jeux de rôles et les sessions de supervisions, dont au moins un trouble de la personnalité.

# Article 3 : CARACTERISTIQUES DE L’ACTION DE FORMATION

**Objectif :**

* Former les professionnels de santé à la théorie et la pratique de la Thérapie des schémas pour enfants et adolescents

**Durée :**

* 1 an

**Moyens pédagogiques et techniques :**

* Le programme détaillé de l’action de formation est remis lors de l’inscription
* Cours en visioconférence par le logiciel ZOOM
* Supports théoriques remis avant chaque module
* Jeux de rôles et vidéos
* Il sera remis au Participant une copie de la présentation du formateur, sous réserve de l’accord de celui-ci.

**Procédure de suivi :**

* Émargement en ligne à distance avec signature numérique

**Procédures d’évaluations :**

* Assiduité à l’intégralité de la formation
* A la fin de chaque module, le Participant évaluera la qualité des cours en remplissant un questionnaire de satisfaction.

**Sanctions :**

* Un certificat sera remis au participant à l’issue de chaque module, sous réserve d’émargement.

En cas d’absence, le participant devra rattraper le(s) jour(s) de formation manqué(s) s’il souhaite accéder à la 2ème année de formation et à la certification internationale par l’International Society of Schema Therapy.

# Article 4 : ORGANISATION DE L’ACTION DE FORMATION

**Durée** : La formation est répartie en 33h didactiques et 15h de jeux de rôles en duo supervisés

**Effectif** : 20 Participants maximum

Pour des raisons pédagogiques, si le nombre de participants à la formation est jugé insuffisant, l’IFTS se réserve le droit, sans dédommagement ni pénalité due au participant, d’annuler, de reporter une formation, de modifier le lieu de son déroulement, le contenu de son programme ou le formateur si des circonstances indépendantes de sa volonté l’y obligent.

Si le Participant est en situation de handicap, il peut contacter l’IFTS par mail à iftscontact@gmail.com afin de connaître les modalités d'accompagnement.

**Dates et lieu de formation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATES** | **HORAIRES** | **LIEU DE LA FORMATION** |
| Module 1 | 08/09/2023 | 9h00 – 12h15 | 13h30 – 17h00 | Visioconférence |
| 09/09/2023 | 9h00 – 12h15 | 13h30 – 17h00 |
| Module 2 | 06/10/2023 | 9h00 – 12h15 | 13h30 – 17h00 | Visioconférence |
| 07/10/2023 | 9h00 – 12h15 | 13h30 – 17h00 |
| Module 3 | 10/11/2023 | 9h00 – 12h15 | 13h30 – 17h00 | Visioconférence |
| 11/11/2023 | 9h00 – 12h15 | 13h30 – 17h00 |
| Module 4 | 08/12/2023 | 9h00 – 12h15 | 13h30 – 17h00 | Visioconférence |
| 09/12/2023 | 9h00 – 12h15 | 13h30 – 17h00 |

# Article 5 : FORMATEURS

Les diplômes, titres ou références de(s) personne(s) chargée(s) de la formation sont : Doctorat (en psychiatrie, en psychologie), médecin, psychologue, psychothérapeutes

* Katja MOLNAR (psychologue, Psychothérapeute TCC et schémathérapeute certifiée par l’ISST)

# Article 6 : MODALITE DE DEROULEMENT DE LA FORMATION ET PROCEDURE D’EVALUATION

Le programme détaillé sera communiqué au Participant lors de son inscription.

Critères de validation de la 1ère année :

* Présence à toutes les sessions de formation

# Article 7 : REGLEMENT INTERIEUR

Le règlement intérieur est joint à la présente convention.

# Article 8 : DELAI DE RETRACTATION

A compter de la date de signature de la présente convention, l’établissement financeur dispose d’un **délai de 14 jours** pour se rétracter. Il doit en informer l’organisme de formation par lettre recommandée avec accusé de réception. Dans ce cas de figure, aucune somme ne peut être exigée de l’établissement financeur.

# Article 9 : ASSURANCE

L’organisme de formation est assuré pour son activité auprès de la SMACL.

# Article 10 : DISPOSITIONS FINANCIERES

En contrepartie de la prestation de formation, l’établissement financeur paiera à l’organisme de formation la somme de **2600€**. Ce montant n’est pas soumis à la TVA, conformément à l’article 261-4-4-a du CGI.

L’établissement financeur s’engage à payer la prestation de formation en respectant les modalités suivantes :

* Par chèque ou virement bancaire, au plus tard 1 mois après l’issue de chaque action de formation, après communication l’IFTS d’une attestation de présence du Participant.
* Le règlement par chèque doit être adressé par courrier simple à : IFTS, 7 rue Pierre Bayle 75020 PARIS
* Le règlement par virement doit être adressé aux coordonnées bancaires suivantes :
	+ Institut Français de Thérapie des Schémas
	+ IBAN : FR76 4255 9100 0008 0250 8058 696
	+ BIC : CCOPFRPPXXX

L’organisme de formation, en contrepartie des sommes reçues, s’engage à réaliser toutes les actions prévues dans le cadre de la présente convention ainsi qu’à fournir tout document et pièce de nature à justifier la réalité et la validité des dépenses de formation engagées à ce titre.

# Article 11 : INTERRUPTION DE FORMATION

Si, par suite de force majeure dûment reconnue selon la définition légale, le Participant est empêché de suivre la formation, l’établissement financeur peut rompre le contrat. Dans ce cas, seules les prestations effectivement dispensées sont rémunérées à due proportion de leur valeur prévue au contrat.

En cas d'annulation au moins 10 jours ouvrés avant le début de la formation, l’établissement financeur sera redevable d'une indemnité forfaitaire égale à 30% du prix initial de la formation, sauf cas de force majeure.

En cas d'annulation moins de 10 jours ouvrés avant le début de la formation ou pendant la formation, l'indemnité forfaitaire sera égale au montant de l'intégralité de la formation, sauf cas de force majeure, l'IFTS n'ayant aucune latitude pour remplacer le Participant.

L'annulation doit obligatoirement être notifiée par lettre recommandée avec accusé réception.

# Article 12 : LITIGE EVENTUEL

Si une contestation ou un différend n’ont pas pu être réglés à l’amiable, passé un délai de deux mois, la partie la plus diligente pourra saisir le Tribunal de PARIS afin de régler le litige.

-------------------------------------

En signant la présente convention, je reconnais avoir pris connaissance et j'accepte les **conditions générales de vente** et le **règlement intérieur** de l’IFTS.

Fait en deux exemplaires,

A Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. , le Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |
| --- | --- |
| Pour l’établissement financeur | Pour l’organisme de formation |
| (Signature et tampon du responsable de la formation) | Dr Arnaud GAUTHIERPrésident de l’IFTS |