

NOM :

Prénom :

Profession :

Lieu d'activité :

Collez  
votre  
photo  
ici

Dossier de candidature au

**D.U. de NEUROPSYCHOLOGIE CLINIQUE**

*Responsable : Bénédicte GIFFARD*

N° d'existence : 2514 P6000 14

Siret : 191 414 085 000 16 NAF : 8542Z

**ANNÉE 2025**

➤ **Veillez remplir cet imprimé avec soin**

➤ **Y insérer les pièces complémentaires suivantes :**

1. Copie d'une pièce d'identité
2. Copie des diplômes listés
3. Une enveloppe timbrée (tarif normal) libellée au nom et prénom du candidat
4. Pour les professionnels : l'engagement de la prise en charge des frais d'inscription et de formation par l'employeur ou l'organisme de financement (cf dernière page)

➤ **Retournez ce dossier écrit complet avant le **27 novembre 2024** à :**

**UNIVERSITÉ DE CAEN NORMANDIE**

**UFR de PSYCHOLOGIE**

**Bureau Formation Continue**

**Bât Sciences L - 4ème étage**

**CS 14032**

**14032 Caen Cedex 5**

**[psychologie.fc@unicaen.fr](mailto:psychologie.fc@unicaen.fr)**

**Seuls les dossiers complets seront étudiés**

➤ **Les auditions auront lieu en visioconférence le **lundi 2 ou mardi 3 décembre 2024**.**

## ÉTAT CIVIL

NOM :  (Nom d'épouse) :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :  à

Nationalité :

Adresse personnelle :

Code Postal :  Ville :

Tél domicile :  Tél portable :

E-mail de contact (obligatoire) :

## SITUATION ACTUELLE

Salarié

Demandeur d'emploi (depuis ) Identifiant POLE EMPLOI :

Département de votre POLE EMPLOI :

Autre :

### Si vous êtes salarié(e) :

Votre profession :

Nom de l'entreprise :

Adresse :

CP :  Ville :

Tél professionnel :

Date d'entrée dans l'entreprise :

Type de contrat :  CDI  CDD : date de fin du contrat

Temps complet  Temps partiel : quotité :  %

**SCOLARITÉ**

Année	Diplôme obtenu (photocopie obligatoire)	Mention	Établissement

**FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (stages, séminaires, autre DU...)**


**EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES (nature, durée et références de l'organisme d'accueil)**


**EXPOSEZ VOS MOTIVATIONS A CETTE FORMATION**

**SI VOUS ETES RETENU POUR LE D.U. EN 2025, QUEL PROGRAMME DE FORMATION SOUHAITERIEZ-VOUS SUIVRE ?**

**FORMATIONS OBLIGATOIRES**

Compétences fondamentales en neuropsychologie 1 : Comprendre la neuropsychologie (NFN1) – <i>Formation à distance</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
Compétences fondamentales en neuropsychologie 2 : Utiliser la neuropsychologie (NFN2) – <i>Formation à distance</i>	<input checked="" type="checkbox"/>

**FORMATIONS AU CHOIX → en choisir 5 (numéroter par ordre de préférence)**

Sémiologie et diagnostic des démences : Anticiper et dépister les troubles neuropsychologiques (TSD) – <i>Formation à distance</i>	<input type="checkbox"/>
Troubles neuropsychologiques et troubles de l'usage d'alcool : Anticiper, dépister et adapter (TNTA) – <i>Formation à distance</i>	<input type="checkbox"/>
Bilan neuropsychologique dans les pathologies neurodéveloppementales : Anticiper les troubles neuropsychologiques (BNE1) * - <i>à Caen</i>	<input type="checkbox"/>
Bilan neuropsychologique dans les pathologies neurodéveloppementales : Détecter les troubles neuropsychologiques et intervenir (BNE2) - <i>à Caen</i>	<input type="checkbox"/>
Neuroimagerie en pratique clinique : comprendre, prédire et adapter (IMAC) - <i>à Caen</i>	<input type="checkbox"/>
Cancer et troubles neuropsychologiques : Anticiper, détecter et adapter (CAN) - <i>à Caen</i>	<input type="checkbox"/>
Approche neuropsychologique de la musicothérapie : Comprendre, s'adapter et intervenir (ANM) - <i>à Caen</i>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge des patients avec maladie d'Alzheimer ou un trouble apparenté : Adapter la prise en charge et remédier aux troubles neuropsychologiques (PMA) - <i>à Caen</i>	<input type="checkbox"/>
Thérapies cognitivo-comportementales en neuropsychologie 1 : Analyser et adapter sa pratique (TCC1)* - <i>à Caen</i>	<input type="checkbox"/>
Thérapies cognitivo-comportementales en neuropsychologie 2 : Maîtriser les outils et remédier aux troubles (TCC2) - <i>à Caen</i>	<input type="checkbox"/>

\* Le choix du module BNE1 ne rend pas obligatoire le suivi du module BNE2 (idem pour les modules TCC)

**Vos 3 premiers choix seront privilégiés. Toutefois chaque module ouvrira sous réserve d'un nombre suffisant d'inscrits.**

**PAR QUEL BIAIS AVEZ-VOUS CONNU LA FORMATION ?**

- Recherche internet (précisez)
- Manifestations, salons professionnels (précisez)
- Enseignant
- Ancien diplômé
- Relations professionnelles
- Autre (précisez)

Fait à , le

Signature

## ANNEE 2025

Formation demandée : ...DU de Neuropsychologie clinique

Coût de la formation (selon devis transmis) : 3 795 € net de taxes

Université de Caen Normandie – UFR PSYCHOLOGIE – Service Formation Continue Esplanade de la Paix CS 14032 CAEN Cedex  
Gestionnaire en charge de la formation : Sophie MALLET – 02.31.56.52.05 - psychologie.fc@unicaen.fr**Attention : fiche à retourner impérativement au gestionnaire en charge de la formation. Sans cette fiche complétée, l'inscription ne pourra être prise en compte****STAGIAIRE :**

- Nom d'usage :  Nom patronymique :
- Prénom :  Fonction :
- Adresse postale :
- Adresse électronique :
- Téléphone fixe/portable:
- Date et lieu de naissance :
- Avez-vous déjà été inscrit à Unicaen\* :  oui -  non. Si oui, année :
- Avez-vous un numéro étudiant (si vous avez passé votre bac après 1995) ?  
 oui -  non - Si oui, n° :

Montant pris en charge par le  
stagiaire : .€Date : Nom : 

Signature du stagiaire :

**ENTREPRISE :**

- Raison Sociale :
- Activité :
- Représenté(e) par :
- Personne à contacter (nom, qualité) :
- Adresse :
- Adresse de facturation (si différente) : ..
- Adresse électronique :
- Téléphone fixe/portable :
- SIRET :
- Code APE :  - N° RNA (pour les associations)
- TVA intracommunautaire :
- Votre entreprise a un service facturier\* :  oui -  non
- Si oui n° de bon de commande et bon de commande joint au bulletin :

Montant pris en charge par  
l'entreprise : €Une demande de subrogation a-t-elle été  
adressée à votre financeur\*?  oui -  non**Si oui, merci de remplir les informations  
concernant le financeur.**Date : Nom/Fonction : Cachet et signature de l'entreprise  
(obligatoire) :**FINANCEUR (OPCO...) :**

- Nom du financeur :
- Adresse :
- Référent/correspondant :  Téléphone :
- Adresse électronique :

Cachet et signature du financeur

Montant pris en charge par le  
financeur :Le financeur prendra-t-il en charge le coût total  
de la formation\* ? :  oui -  non**Si non, merci de préciser le montant pris  
en charge : .€****(OU joindre la demande de subrogation transmise à votre financeur ou tout autre document qui atteste de la subrogation (obligatoire))**

\*rayer la mention inutile

**À réception de cette fiche, un contrat individuel ou une convention de formation sera établi.**UNIVERSITÉ DE CAEN NORMANDIE - Esplanade de la Paix 14032 CAEN Cedex - Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 2514 P6000 14 auprès du préfet de  
région Normandie - SIRET : 191.414.085.000.16