UNIVERSITÉ DE CAEN NORMANDIE

UFR DE PSYCHOLOGIE

Collez votre photo ici

Dossier de candidature au

D.U. Pratique de la TERV

Pratique de la thérapie par exposition à la réalité virtuelle

Responsable : Maud LEMERCIER-DUGARIN

N° d'existence : 2514 P6000 14
Siret : 191 414 085 000 16 NAF : 8542Z

ANNÉE 2025

- **Veuillez 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. L'engagement de la prise en charge des frais d'inscription et de formation (*cf* dernière page)
- **Retournez ce <u>dossier écrit complet</u> avant le 15 septembre 2025 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

Seuls les dossiers complets seront étudiés

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

Numéro RPPS ou ADELI (*si vous en avez un*) :

○ 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 ?

Merci de cocher la case de votre choix.

- ◉ DU Pratique de la TERV uniquement (70 heures)
- ○ DU Pratique de la TERV + option création d'environnements virtuels avec l'Unreal Engine (90 heures)

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

UNICAEN	**PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE** **FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE**	SUFCA/FE.31/C	6/1

ANNEE 2025

Formation demandée : DU Pratique de la TERV *(merci de cocher la formule choisie)*

◯ Coût de la formation DU TERV (selon devis transmis) ⦿ Coût de la formation DU TERV + module optionnel (création d'environnement virtuels) :

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