**Code Ets / Région :**

**Nom de l’établissement :**

|  |  |
| --- | --- |
| DIRECTEUR DE L’ETABLISSEMENT | |
| Nom : | Prénom : |
| Tél. : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ | Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

En qualité de Directeur, je souhaite bénéficier des prestations suivantes et m’engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires à leur réalisation.

Pour chacun des deux volets, il vous faut sélectionner la ou les prestations choisies dans le tableau ci-dessous :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mettre une croix selon vos choix | APPECIATIVE INQUIRY | CO-DEVELOPPEMENT |
| SENSIBILISATION |  |  |
| FORMATION PRATICIENS |  |  |
| ACCOMPAGNEMENT EQUIPE |  |  |
| ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUEL |  |  |

Seront communiquées aux prestataires les coordonnées de la personne référente du projet dans l’établissement :

|  |  |
| --- | --- |
| REFERENT INTERNE POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET : | |
| Nom : | Prénom : |
| Fonction : | |
| Tél. : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ | Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / 2021

Signature du chef d’établissement

ou de son représentant