****

**Bulletin d’inscription**

**réservé aux intervenants, animateurs et membres du comité de pilotage**

**🞏** Monsieur **🞏** Madame **NOM usuel** (lettres capitales) ......................................................................................**PRÉNOM**  ......................................................................…….

Date de naissance ........................................... Ville de naissance ........................................................................................................................................................................

Adresse personnelle ...............................................................................................................................................................................................................................................

Code postal ................................................... Ville ….............................................................................................................................................................................................

Courriel ........................................................................................ Téléphone ............................................................. Télécopie .........................................................................

Grade ..................................................................................................... Fonction / métier ....................................................................................................................................

Nom de la structure (en toutes lettres) ...................................................................................................................................................................................................................

Adresse professionnelle..........................................................................................................................................................................................................................................

Adresse de facturation ...........................................................................................................................................................................................................................................

**JE SOUHAITE ETRE HEBERGE : **  Le mardi 23 septembre au soir

****  Le mercredi 24 septembre au soir

**JE PARTICIPERAI :**  - Déjeuner du mercredi 24 septembre ****Oui ****Non

- Soirée privée au Musée des Beaux-Arts, Place Stanislas ****Oui ****Non

- Déjeuner du jeudi 25 septembre ****Oui ****Non

**INSCRIPTION AUX ATELIERS** (veuillez numéroter vos choix par ordre de préférence de 1 à 5 pour chaque session)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **MERCREDI 24 SEPTEMBRE** (14H00 – 16H00) | | **JEUDI 25 SEPTEMBRE** (09H00 – 11H00) | |
| **** | 1 / La santé dans toutes les politiques publiques locales :  quels intérêts ? quels possibles ? | **** | 11/ Planification familiale et maternité, accompagnement des femmes et des familles ? |
| **** | 2 / L’appui aux acteurs locaux, facteur de réussite d’une dynamique territoriale favorable à la santé | **** | 12/ L’offre territoriale de soins, levier d’une offre territoriale de santé ? |
| **** | 3 / La santé de la petite enfance, enjeu de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ? | **** | 13/ Politiques et dispositifs contractuels, facilitateurs d’une dynamique territoriale favorable à la santé ? |
| ****  **** | 4 / La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, finalité d’une dynamique territoriale favorable à la santé ?  5/ Les services communaux d’hygiène et de santé (SCHS), un levier pour une démarche favorable à la santé ? | ****  **** | 14/ Coordination et animation, leviers stratégiques pour une dynamique territoriale favorable à la santé ?  15/ La prise en compte collective de la santé mentale, facteur de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ? |
| **MERCREDI 24 SEPTEMBRE** (16H30 – 18H30) | | **JEUDI 25 SEPTEMBRE** (14H00 – 16H00) | |
| **** | 6 / L’implication des élus, condition indispensable d’une dynamique territoriale favorable à la santé ? | **** | 16 / Quelles méthodes et quels outils pour une dynamique territoriale favorable à la santé ? |
| **** | 7 / La santé des jeunes, perspectives de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ? | **** | 17/ Des politiques favorables à la santé en milieu rural, facteurs de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ? |
| **** | 8 / Partenariat et travail en réseau, quelles différences ? | **** | 18/ Reconnaissance des compétences et implication des habitants, un levier essentiel des dynamiques territoriales favorables à la santé ? |
| ****  **** | 9/ Transversalité interservices au sein des collectivités territoriales, levier stratégique pour une dynamique territoriale favorable à la santé ?  10/ L’offre territoriale de soins, levier d’une offre territoriale de santé ? | ****  **** | 19/ L’accès aux droits, l’accès aux soins, un préalable pour l’accès à la santé ?  20/ Activité physique et écomobilité, outils de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cachet de l’organisme |  | Signature de l’agent |

****

**NOM usuel** (lettres capitales) .............................................................................**PRÉNOM**  ............................................................................................................

NOM de l’organisme (en toutes lettres) ..............................................................................................................................................................................................

**POUR L’ANALYSE STATISTIQUE DES CONGRESSISTES** (cocher les mentions / plusieurs possibles)

**VOTRE STRUCTURE**

** Collectivités territoriales**

**** Commune **** Communauté de communes **** Communauté d’agglomérations **** Communauté urbaine

**** Département **** Région **** Établissement public

**Votre statut :**

**** Titulaire **** Stagiaire **** Contractuel **** Vacataire

**** Autre (précisez)……………………………………………………….

** État / Hospitalière**

**** Administration de l’État **** Établissement public hospitalier

**** École nationale de service public **** Établissement public autre **** Université

** Privé / associatif**

**** Entreprise privée **** Association **** Presse **** Étudiant ****Activité libérale

**** Autre (précisez)........................................................................................................

**VOTRE SECTEUR D’ACTIVITÉ**

**** Santé **** Social **** Formation **** Insertion-emploi **** Politique de la ville **** Administration générale **** Communication

**** Autre (précisez) .................................................................................................................................................................................................

**VOTRE MÉTIER DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ**

.........................................................................................................................................................

**REMARQUES OU DEMANDES PARTICULIERES**

.………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..