**Date limite de soumission : 30 mars 2021**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dossier n°** |  |

*(usage interne seulement)*

|  |
| --- |
| **Établissement d’accueil demandant la formation** |
| Nom de l’établissement : |
| Section : |
| Département : |
| Faculté/ Institution : |
| Ville : |
| Pays : |

|  |
| --- |
| **Responsable de la structure demandant la formation** |
| Nom et Prénom : |
| Fonction : |
| Téléphone : |
| Adresse électronique : |

|  |
| --- |
| **Coordonnateur de la formation** |
| Nom et Prénom : |
| Fonction : |
| Téléphone : |
| Adresse électronique : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Choix de la thématique** | |
|  | Scénarisation d’un cours en ligne |
|  | Tutorat à distance |
|  | Environnements d’apprentissage en ligne |
|  | Conception de scénario pédagogique dans les dispositifs utilisant le numérique |
|  | Classe inversée |
|  | Utilisation des réseaux sociaux et les outils du Web 2.0 dans l’enseignement |
|  | Scénarisation d’un MOOC/CLOM |
|  | TICE au service de l’inclusion scolaire |
|  | Pédagogies innovantes utilisant les TICE |
|  | Autre (toute autre formation jugée utile pour le développement des compétences en TICE et le partage de bonnes pratiques dans le domaine des technologies éducatives) |
| **Responsable de la structure demandant la formation** | |
|  | |

|  |
| --- |
| **Votre choix de thématique** |
| Renseignez votre choix ici … |

|  |
| --- |
| **Description de la formation** |
| 1. Précisez les objectifs de la formation et justifiez en particulier :  * le choix de la thématique * les compétences de sortie de formation |
| Résultats et retombées attendus |

|  |  |
| --- | --- |
| **Public visé** | |
|  | Enseignants |
|  | Chercheurs |
|  | Doctorants |
|  | Cadres administratifs |
|  | Responsables universitaires |
|  | Public invité (noms des établissements souhaitant faire participer leur corps professoral) |
| Joindre la liste des catégories d’apprenants pressenties | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Formateur principal** | |
| Si le formateur principal est déjà identifié par la structure d’accueil, compléter les informations suivantes et de joindre son Curriculum Vitae et le plan de la formation proposée. Le formateur principal ne doit pas être issu de l’établissement porteur du projet. | |
| Nom et Prénom : |  |
| Fonction : |  |
| Nationalité : | - |
| Date de naissance : |  |
| Téléphone : |  |
| Adresse électronique : |  |
| Établissement de rattachement : |  |
| Département : |  |
| Faculté : |  |
| Plus haut diplôme : |  |
| Si le formateur n’est pas encore identifié, l’établissement porteur du projet donne son accord pour le lancement d’un appel à candidatures en vue de recruter un formateur. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Formateur associé** | |
| Le formateur associé est identifié par la structure d’accueil. Il doit être rattaché à l’établissement porteur du projet de formation. Le formateur associé participe avec le formateur principal à l’animation de l’atelier en tant qu’apprenant-formateur. Il sera amené par la suite à devenir formateur principal et à déployer dans le futur la même formation pour d’autres publics.  Merci de compléter les informations suivantes et de joindre son Curriculum Vitae | |
| Nom et Prénom : |  |
| Fonction : |  |
| Nationalité : | - |
| Date de naissance : |  |
| Téléphone : |  |
| Adresse électronique : |  |
| Établissement de rattachement : |  |
| Département : |  |
| Faculté : |  |
| Plus haut diplôme : |  |
| Les dossiers comportant la proposition d’un formateur associé issu de l’établissement porteur du projet seront privilégiés. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Soutien demandé auprès de l’AUF** | |
|  | Titre de transport du formateur |
|  | Honoraires du formateur |
|  | Frais de séjour du formateur |
|  | Assurance maladie accident et rapatriement du formateur |

|  |  |
| --- | --- |
| **Contribution offerte par l’établissement d’accueil** | |
|  | Salle équipée, connectée à Internet |
|  | Repas durant la formation (pause-café et déjeuners) |
|  | Accueil à l’aéroport du formateur |
|  | Hébergement du formateur |
|  | Titre de transport et assurance maladie accident et rapatriement du formateur |
|  | Honoraires du formateur |
|  | Assurance maladie accident et rapatriement du formateur |

|  |  |
| --- | --- |
| **Co-financement éventuel** | |
| Nom du partenaire |  |
| Nature de la contribution |  |
| Montant de la contribution |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Documents à fournir** | |
|  | Formulaire de candidature dûment complété en ligne par l’établissement qui fait la demande d’appui |
|  | Description de la formation à mettre en place (besoins, objectifs retombées, durée, etc.) |
|  | Liste des participants à la formation en précisant leur établissement d’origine |
|  | Avis motivé du responsable de la structure d’accueil directement bénéficiaire de la formation |
|  | CV du formateur et plan de formation proposée si le formateur est déjà identifié par l’établissement demandeur |

Fait à , le

Signature du responsable de la structure d’accueil demandant la formation

Signature (par le plus haut responsable de l'Établissement)