**FORMULAIRE**

2024

|  |
| --- |
| **NOM DE L’ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR** |
| Nom de l’établissement : | Section : |
| Faculté / Institution : | Département : |
| Ville :  | Pays : |

|  |
| --- |
| **RESPONSABLE DE LA STRUCTURE DEMANDANT LA FORMATION OU L’EXPERTISE** |
| Nom et Prénom : | Fonction : |
| Téléphone : | Adresse électronique : |

|  |
| --- |
| **COORDONNATEUR DE LA FORMATION OU DE LA MISSION D’EXPERTISE** |
| Nom et Prénom : | Fonction : |
| Téléphone : | Adresse électronique : |

**VOLET I : FORMATION DE FORMATEURS**

|  |
| --- |
| **THÉMATIQUE**  |
|  Choisir l’une des thématiques suivantes :* Formation sur la pédagogie de projet
* Formation sur les pratiques pédagogiques innovantes
* Formation sur l’ingénierie pédagogique
* Formation sur la modernisation des méthodes d’apprentissage
* Formation sur les outils et méthodes d’évaluation
* Formation sur les techniques d’animation de cours et de classes
* Formation sur l’interdisciplinarité et l’interculturalité
* Formation à l’enseignement des disciplines dites non linguistiques (DNL)
* Formation à la didactique du FLE/FLS
* Formation sur le français professionnel
* Formation sur la méthodologie FOS/FOU
* Formation sur la communication, la mise en place de projets et la collaboration
* Formation sur les techniques de traduction
* Formation sur le traitement automatique des langues (TAL)
* Formation à la localisation linguistique
* Formation sur la construction d’une unité pédagogique
* Autres\*

  \*Merci de préciser :  |

|  |
| --- |
| **VOLUME HORAIRE ET DURÉE** |
| Nombre d’heures *(pas inférieur à 12h)* : | Nombres de jours : |
| Date de début de la formation : | Date de la fin de la formation : |

|  |
| --- |
| **DESCRIPTION BRÈVE DE LA FORMATION DEMANDEE** |
| * Besoins justifiant le choix de la thématique :
 |
| * Objectifs :
 |
| * Résultats et retombées attendus *(définir les compétences de sortie de formation)*
 |

\*\* Joindre la description détaillée de la formation à organiser (besoins, objectifs, retombées, durée, etc.)

|  |
| --- |
| **PUBLIC VISÉ** |
| * Choisir le Public visé\*\*\* :
 |
| * Enseignants
 | Préciser la filière de rattachement : |
| * Chercheurs
 | Préciser la filière de rattachement : |
| * Doctorants
 | Préciser la filière de rattachement : |
| * Public universitaire (responsables, cadres administratifs et personnels administratifs…)
 |
| * Public invité
 | Nom de l’établissement (1) souhaitant faire participer ses enseignants : |
|  | Nom de l’établissement (2) souhaitant faire participer ses enseignants : |
|  | Nom de l’établissement (3) souhaitant faire participer ses enseignants : |

\*\*\*Préciser le type d’apprenants visés

N.B. : Les enseignants apprenants extérieurs à l’établissement demandeur de la formation doivent assurer leur prise en charge *(si des frais sont nécessaires pour le déplacement ou l’hébergement dans la ville où se passe la formation)*.

|  |
| --- |
| **FORMATEUR** |
| Si le formateur est identifié\*\*\*\*, compléter les informations suivantes : |
| Nom et Prénom : | Fonction : |
| Nationalité : | Date de naissance : |
| Téléphone : | Adresse électronique : |
| Établissement de rattachement : | Domaine de compétence : |
| Faculté : | Département : |
| * Si non, l’établissement demandeur de la formation donne son accord pour lancer un appel à candidatures afin de le recruter.
 |

\*\*\*\*Joindre son Curriculum Vitae (*le formateur ne doit pas être issu de l’établissement demandeur)* et le plan de formation proposée.

|  |
| --- |
| **SOUTIEN DEMANDÉ DE L’AUF** |
| * Titre de transport du formateur
* Honoraires du formateur
* Indemnité forfaitaire journalière du formateur
* Assurance maladie accident et rapatriement du formateur
 |

|  |
| --- |
| **PRISE EN CHARGE ASSUREE PAR l’UNIVERSITE DEMANDEUSE** |
| * Salle de travail équipée et connectée à l’internet
* Repas durant la formation
* Hébergement du formateur (pause-café et déjeuners)
* Accueil à l’aéroport du formateur
* Autres
 |

|  |
| --- |
| **CO-FINANCEMENT POSSIBLE** |
| Nom du partenaire : |
| Nature de la contribution : |
| Montant de la contribution : |

|  |
| --- |
| **ACCORD DE L’ETABLISSEMENT DEMANDEUR** |
| **Avis motivé du responsable de la structure d’accueil et engagement à permettre la disponibilité des apprenants pendant la durée de la formation** *(le cas échéant, joindre attestation)***NOM / PRÉNOM**Signature et cachet |
|  **Accord du responsable de l’établissement****NOM / PRÉNOM**Signature et cachet |

**VOLET II : DEMANDE D’EXPERTISE**

|  |
| --- |
| **ELEMENTS SUR LA STRUCTURE DEMANDANT L’EXPERTISE** |
| Nombre de professeurs dans le département, section… : |
| Nombre d’étudiants dans le département, section... :  |
| Date de création du département, section... : |
| Types d’activités du département, section... : |

|  |
| --- |
| **TYPE D’EXPERTISE DEMANDEE** |
| Expertise générale ou spécifique des activités du département, section de français... \* : |
| Raisons de la demande (motivations, objectifs) : |
| Résultats attendus de l'expertise :  |

\*Joindre la description détaillée des activités concernées par l'expertise demandée

|  |
| --- |
| **EXPERT** |
| Si l’expert est identifié\*\*\*, compléter les informations suivantes : |
| Nom et Prénom : | Fonction : |
| Nationalité : | Date de naissance : |
| Téléphone : | Adresse électronique : |
| Établissement de rattachement : | Plus haut diplôme : |
| Faculté (le cas échéant) : | Département (le cas échéant) : |
| * Si non, l’établissement demandeur de la formation donne son accord quant à lancer un appel d’offre pour recruter le formateur.
 |

\*\*\*Joindre son Curriculum Vitae *(l’expert ne doit pas être issu de l’établissement demandeur)*

|  |
| --- |
| **SOUTIEN DEMANDÉ DE L’AUF** |
| * Titre de transport de l’expert
* Honoraires de l’expert
* Indemnité forfaitaire journalière de l’expert
* Assurance maladie accident et rapatriement de l’expert
 |

|  |
| --- |
| **CONTRIBUTION OFFERTE PAR L’ÉTABLISSEMENT D’ACCUEIL** |
| * Salle de travail équipée et connectée l’internet
* Repas durant la formation (pause-café et déjeuners)
* Accueil à l’aéroport de l’expert
* Hébergement de l’expert
* Autres
 |

|  |
| --- |
| **CO-FINANCEMENT POSSIBLE** |
| Nom du partenaire : |
| Nature de la contribution : |
| Montant de la contribution : |

|  |
| --- |
| **ACCORD DE L’ETABLISSEMENT DEMANDEUR** |
| **Avis motivé du responsable de la structure d’accueil et engagement à permettre la disponibilité des interlocuteurs pendant la durée de l’expertise** *(le cas échéant, joindre attestation)***NOM / PRÉNOM**Signature et cachet |
| **Accord du responsable de l’établissement****NOM / PRÉNOM**Signature et cachet |
| **DOCUMENTS A FOURNIR** |
| * Formulaire de candidature dûment complété et signé par la plus haute autorité de l’établissement demandeur
* Description de l’expertise à mettre en place (besoins, objectifs retombées, durée, etc.)
* Avis motivé du responsable de la structure d’accueil bénéficiaire de l’expertise
* CV de l’expert si celui-ci est déjà identifié par l’établissement demandeur
 |