**Formulaire 2024**

**Demande de validation d’une formation « Hors Programme » et demande de prise en charge**

**Informations relatives au demandeur**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’entité juridique** (gestionnaire) |  |
| **Nom, prénom du demandeur** |  |
| **Fonction du demandeur** |  |
| **Adresse postale** |  |
| **Courriel** |  |
| **Téléphone** |  |

**Informations relatives à la/aux structure(s) concernée(s) par la demande**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de la structure** | **ID Structure** | **Adresse**  ***Numéro, rue, code postal et localité*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Informations relatives à la formation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date(s) de la formation** | |  |
| **Titre de la formation** | |  |
| **Nom de l’organisme de formation** (si applicable) | |  |
| **Nom et prénom du formateur/de la formatrice** | |  |
| **Adresse**  **(Numéro, rue, localité et code postal)** | |  |
| **Intitulé du/des diplôme(s), qualifications professionnelles du formateur/-trice** | |  |
| **Public(s) cible(s)**  (un ou plusieurs choix possibles) | | Personnel encadrant  Personnel technique ou administratif  Personnel dirigeant : chargé(e) de direction  et/ou son adjoint(e)  Autres (à préciser) : …………………………………….. |
| **Type de l’intervention** | | Formation continue  Conférence/ Symposium  Autres (à préciser) : …………………………………….. |
| **Format de la formation** | | En présentiel  En vidéoconférence  Autres (à préciser) : …………………………………….. |
| **Langue(s) véhiculée(s)** | | Luxembourgeois  Allemand  Français  Anglais |
| **Durée de la formation (en heures)** | |  |
| **Nombre de personnes inscrites à la formation** | |  |
| **Type de formation et frais éligibles** | formation sur place pour toute l’équipe (inhouse) | Nombre de sessions *(nombre de fois où cette formation est organisée en 2024)*: \_\_\_\_\_\_\_  Seuls les frais suivants peuvent être opposés :   * Honoraire du formateur : \_\_\_\_\_\_\_€ * Estimation des frais de déplacement du formateur : \_\_\_\_\_\_\_€ * Frais de séjour (hébergement) : \_\_\_\_\_\_\_€ |
| formation externe à laquelle un ou plusieurs membres du personnel sont inscrits | * Prix de la formation pour tous les participants : \_\_\_\_\_\_\_€ |

**Contenu de la formation**

|  |  |
| --- | --- |
| **Description du contenu de la formation et des objectifs :**  **A la fin de la formation, le participant est capable de :** | |
| **Formation similaire proposée dans le programme AEF pour 2024** | **Oui**  **Non** |
| **Si oui, pourquoi avoir choisi cette formation ?**  (Quelles sont vos attentes, quels sont les besoins spécifiques de votre structure en relation avec cette formation auxquels ne répondent pas une formation du programme) | |

La demande est recevable à condition de remplir tous les champs du présent formulaire.

Elle est à adresser, dûment complétée et signée, par courriel à l’adresse : [formation.aef@men.lu](mailto:formation.aef@men.lu)

**Lieu et date : Prénom, nom et signature du demandeur :**