**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

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