**Réservé à l’Agence Qualité**

Référence Dossier :

AEF/25-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formulaire de demande de validation**

**d’une formation « Hors Programme » et demande de prise en charge pour l’année 2025**

***Secteur de l’aide à l’enfance et à la famille (AEF)***

Article 17 du règlement grand-ducal du 17 août 2011

**Informations relatives au demandeur[[1]](#footnote-1)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’entité juridique (gestionnaire)** |  |
| **Adresse postale du gestionnaire** | **L -** |
| **Nom et prénom du demandeur** |  |
| **Fonction du demandeur** | Responsable de service  Responsable de la formation continue  Ressources humaines |
| **Courriel professionnel du demandeur** |  |
| **Téléphone professionnel du demandeur** |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom et prénom du/des participant.e.s** | **Fonction** | **Nom et adresse de la structure** | **ID Structure[[2]](#footnote-2)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Informations relatives à la formation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Titre de la formation** | |  |
| **Date de la formation** | |  |
| **Nom de l’organisme de formation** (si applicable) | |  |
| **Nom et prénom du formateur/de la formatrice** | |  |
| **Adresse**  (Numéro, rue, code postal et localité) | |  |
| **Public(s) cible(s)**  (Un ou plusieurs choix possibles) | | Personnel encadrant  Personnel technique ou administratif  Personnel dirigeant : responsable de service  Autres (à préciser) : …………………………………….. |
| **Type de l’intervention** | | Formation continue  Conférence/ Symposium  Autres (à préciser) : …………………………………….. |
| **Format de la formation** | | En présentiel  En visioconférence  Autres (à préciser) : …………………………………….. |
| **Langue(s) de la formation** | | Luxembourgeois  Allemand  Français  Anglais |
| **Durée de la formation (en heures)** | |  |
| **Type de formation et frais éligibles[[3]](#footnote-3)** | Formation sur place pour toute l’équipe | Seuls les frais suivants peuvent être opposés :   * Honoraire du formateur : \_\_\_\_\_\_\_€ * Estimation des frais de déplacement du formateur[[4]](#footnote-4)  : \_\_\_\_\_\_\_€ * Frais de séjour (hébergement) du formateur[[5]](#footnote-5) : \_\_\_\_\_\_\_€ |
|  | Formation externe à laquelle un ou plusieurs membres du personnel sont inscrits | * Prix de la formation pour tous les participants : \_\_\_\_\_\_\_€ |

**Important :** Les montants soumis au remboursement s’entendent TTC. Le demandeur est en charge de la vérification de la TVA.

**Informations budgétaires supplémentaires concernant une éventuelle répartition des frais de formation**

|  |  |
| --- | --- |
| **Prix total de la formation** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €** |
| * Part prise en charge par la structure (remboursable) | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €** |
| * Part prise en charge par le participant (non-remboursable) | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €** |
| **Il existe une convention individuelle entre la structure et le participant concernant le financement de la formation** | Oui  Non |
| **Cofinancement par un autre organe étatique** | Non  Autre organe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Taux participation : \_\_\_\_\_\_% |

**Contenu de la formation**

|  |  |
| --- | --- |
| **Description du contenu et des objectifs de la formation :**  **À la fin de la formation, le participant est capable de :** | |
| **Formation similaire proposée dans le programme 2025** | **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 le responsable de service respectivement du responsable de la formation continue, ou du responsable des ressources humaines, par courrier électronique à l’adresse suivante : [**formation.aef@men.lu**](mailto:formation.aef@men.lu).

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

1. *La demande de validation doit impérativement être complétée et signée* *par le responsable de service, son adjoint(e), respectivement d’un(e) responsable de la formation continue ou bien d’un(e) responsable des ressources humaines.*  [↑](#footnote-ref-1)
2. *L’ID Structure, délivré par la Division Formation continue de l’Agence Qualité.* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Prière de joindre les justificatifs pour l’accord budgétaire (Devis ou pièce justifiant les frais de formation)* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Remboursement selon le Règlement grand-ducal du 14 juin 2015 sur les frais de route et de séjour* [↑](#footnote-ref-4)
5. *Remboursement selon le Règlement grand-ducal du 14 juin 2015 sur les frais de route et de séjour* [↑](#footnote-ref-5)