

**Renforcement des compétences  
dans les filières francophones**

AGENCE UNIVERSITAIRE DE LA FRANCOPHONIE  
Direction régionale Moyen-Orient

2020

**FORMULAIRE**

Appel à candidatures ouvert du **27 janvier au 15 avril 2020**

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	
<input checked="" type="checkbox"/> Choisir l'une des thématiques suivantes :	
<input type="checkbox"/> Formation sur la pédagogie de projet	<input type="checkbox"/> Formation sur la communication et la création culturelle
<input type="checkbox"/> Formation sur la pédagogie active	<input type="checkbox"/> Formation à la didactique du FLE/FLS
<input type="checkbox"/> Formation sur l'ingénierie pédagogique	<input type="checkbox"/> Formation <b>sur</b> le français professionnel
<input type="checkbox"/> Formation sur les techniques d'animation de cours et de groupes	<input type="checkbox"/> Formation à l'enseignement des disciplines dites non linguistiques (DNL)
<input type="checkbox"/> Formation sur les pratiques de classe innovantes	<input type="checkbox"/> Autres*
<input type="checkbox"/> *Merci de préciser :	

**Renforcement des compétences  
dans les filières francophones**

AGENCE UNIVERSITAIRE DE LA FRANCOPHONIE  
Direction régionale Moyen-Orient

Si vous souhaitez demander une formation plus pointue, prière de proposer l'intitulé :

**VOLUME HORAIRE ET DURÉE**

Nombre des heures :

Nombres de jours :

Date de début de la formation :

Date de la fin de la formation :

**DESCRIPTION BRÈVE DE LA FORMATION DEMANDEE**

✓ Besoins justifiés adaptés aux évolutions en cours :

✓ Objectifs :

✓ Résultats et retombées attendus :

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

**Renforcement des compétences  
dans les filières francophones**

AGENCE UNIVERSITAIRE DE LA FRANCOPHONIE  
Direction régionale Moyen-Orient

PUBLIC VISÉ	
<input checked="" type="checkbox"/>	Choisir le Public visé*** :
<input type="checkbox"/>	Enseignants Préciser la filière de rattachement :
<input type="checkbox"/>	Chercheurs Préciser la filière de rattachement :
<input type="checkbox"/>	Doctorants Préciser la filière de rattachement :
<input type="checkbox"/>	Public universitaire (responsables, cadres administratifs et personnels administratifs...)
<input type="checkbox"/>	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 :

\*\*\*Merci de joindre la liste des apprenants

N.B. : Les enseignants apprenants extérieurs à l'établissement demandeur de la formation devraient 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****, merci de compléter les informations suivantes :	
Nom et Prénom :	Fonction :
Nationalité :	Date de naissance :
Téléphone :	Adresse électronique :
Établissement de rattachement :	Plus haut diplôme :
Faculté :	Département :
<input type="checkbox"/> Si non, l'établissement demandeur de la formation donne son accord quant à lancer un appel d'offre pour le recruter.	

\*\*\*\*Merci de joindre son Curriculum Vitae et le plan de la formation proposée

## Renforcement des compétences dans les filières francophones

AGENCE UNIVERSITAIRE DE LA FRANCOPHONIE  
Direction régionale Moyen-Orient

### SOUTIEN DEMANDÉ DE L'AUF

- Titre de transport du formateur
- Honoraires
- Indemnité forfaitaire journalière du formateur
- Assurance maladie accident et rapatriement du formateur

### CONTRIBUTION OFFERTE PAR L'ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL

- Salle équipée, matériel audiovisuel, connexion Internet
- Repas durant la formation (pauses-café et déjeuners)
- Accueil à l'aéroport du formateur
- Hébergement du formateur

### CO-FINANCEMENT POSSIBLE

Nom du partenaire :

Nature de la contribution :

Montant de la contribution :

### ACCORD DE L'ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR

**Avis motivé du responsable de la structure d'accueil et engagement à permettre la disponibilité des apprenants pendant la durée de la formation (si nécessaire joindre attestation)**

**NOM / PRÉNOM**

Signature et cachet

**Accord du président de l'établissement**

**NOM / PRÉNOM**

Signature et cachet

**Renforcement des compétences  
dans les filières francophones**

AGENCE UNIVERSITAIRE DE LA FRANCOPHONIE  
Direction régionale Moyen-Orient

**VOLET II : DEMANDE D'EXPERTISE**

<b>ELEMENTS SUR LA STRUCTURE DEMANDANT L'EXPERTISE</b>
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... :

  

<b>TYPE D'EXPERTISE DEMANDEE</b>
Expertise générale ou spécifique des activités du département, section de français... * :
Raisons de la demande (motivations, objectifs) **: :
Résultats attendus de l'expertise :

\*Merci de joindre la description détaillée des activités concernées par l'expertise demandée

\*\* Merci de joindre l'intérêt de la demande d'expertise

## Renforcement des compétences dans les filières francophones

AGENCE UNIVERSITAIRE DE LA FRANCOPHONIE  
Direction régionale Moyen-Orient

EXPERT	
Si le formateur est identifié***, merci de compléter les informations suivantes :	
Nom et Prénom :	Fonction :
Nationalité :	Date de naissance :
Téléphone :	Adresse électronique :
Établissement de rattachement :	Plus haut diplôme :
Faculté :	Département :
<input type="checkbox"/> Si non, l'établissement demandeur de la formation donne son accord quant à lancer un appel d'offre pour le recruter.	

\*\*\*Merci de joindre son Curriculum Vitae

SOUTIEN DEMANDÉ DE L'AUF
<input type="checkbox"/> Titre de transport du formateur <input type="checkbox"/> Honoraires <input type="checkbox"/> Indemnité forfaitaire journalière du formateur <input type="checkbox"/> Assurance maladie accident et rapatriement du formateur

CONTRIBUTION OFFERTE PAR L'ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL
<input type="checkbox"/> Salle de travail <input type="checkbox"/> Repas durant la formation (pauses-café et déjeuners) <input type="checkbox"/> Accueil à l'aéroport du formateur <input type="checkbox"/> Hébergement du formateur

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

**Renforcement des compétences  
dans les filières francophones**

AGENCE UNIVERSITAIRE DE LA FRANCOPHONIE  
Direction régionale Moyen-Orient

**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 (si nécessaire joindre attestation)**

**NOM / PRÉNOM**

Signature et cachet

**Accord du président de l'établissement**

**NOM / PRÉNOM**

Signature et cachet