séparateur de texte

|  |
| --- |
| séparateur de texte |
| https://lh6.googleusercontent.com/tz3uszUQ9vy9pj1RMXwCC-SxeLW-YkIz-C342alfOt-Z1QOANH0mQhjXlhSd42gN4y0yjS7PtLIo870yKzVkza4qxPw72WVG_wMh9pnsF1uSXbDNJZgWN_HCCQEVCNtVfArsdUWY |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contexte de votre projet** Pour bien comprendre vos enjeux et vos attentes Afin de mieux comprendre votre projet, de vous accompagner dans son élaboration et de vous conseiller sur les meilleures options de mise en œuvre, merci de nous préciser vos attentes et objectifs en suivant le guide ci-dessous :  Thème/Intitulé de l’action de formation envisagée :  Quel est le point de départ de votre projet ?  *(Situations, observations, événements et/ou acteurs à l’origine de votre projet ?)*  Comment et avec qui l’avez-vous élaboré ?  *(Réunions de concertation, conseil de direction, groupe de pilotage, réseau d’établissements, etc…)*  En quoi est-il lié à votre projet d’Etablissement ?  Quels sont les objectifs concrets à atteindre pour l’équipe concernée ?  En tant que Chef d’établissement, comment accompagnerez-vous cette formation pour favoriser l’atteinte de ces objectifs ? *(En dehors des moyens matériels mis à disposition…)*  Quels sont les résultats que vous en attendez en termes de compétences pour les participants ?  *(A l’issue de cette formation, les participants seront capables de…)*  Quels indicateurs vous permettront d’évaluer la pertinence de cette formation ?  La formation est-elle le seul moyen mis en œuvre pour aboutir au résultat attendu ?  *(D’autres actions sont-elles prévues ?)* **Cadre d’action**Pour bien identifier le/les acteurs  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Chef d’établissement (Prénom/Nom) |  | Mail |  | | Tél |  | | Responsable du projet  (si différent du chef d’établissement) |  | Mail |  | | Tél |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | 1er degré | 2nd degré | 1er et 2nd degré | | Le projet concerne |  |  |  | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Unité(s) pédagogique(s) y compris celle(s) de l'établissement pilote | Ville de l'établissement | N°RNE de l'UP (obligatoire) | Si formation inter établissements  -> Mail chef d’établissement des établissements partenaires | Nombre d'enseignants prévus  (par UP) | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | en jours | en heures | | Durée totale de la formation |  |  |  |  |  | | --- | --- | | Précisez les dates et lieux envisagés ou déjà planifiés |  | |

## **Modalités de mise en œuvre**

## Guide pratique pour ne rien oublier…

Votre projet d’action collective est à retourner par mail à votre conseiller Formiris :

* Au plus tard le 5 juin 2021 si vous souhaitez réaliser votre action entre septembre et décembre 2020
* Au plus tard le 15 octobre 2021 si vous souhaitez réaliser votre action entre janvier et août 2021.

Rappel des modalités financières

* Le plafond de prise en charge Formiris est fixé à 1 200€/jour (frais administratifs compris) et dans la limite de 36h de formation par stagiaire. Les frais de déplacement formateur sont plafonnés à hauteur de 565 €, sauf cas particulier sur zone d’intervention éloignée (04.05.Corse).
* La durée de formation doit être de 6h minimum.
* 1 seul dossier sera financé par unité pédagogique.
* N’oubliez pas de joindre à votre projet le programme de la formation ainsi que le devis de l’organisme de formation que vous sollicitez : devis précisant le montant des frais pédagogiques, le montant des frais annexes et le montant global TTC de la formation (ou net de taxes pour les organismes non assujettis à la TVA).

Je soussigné, ……………………………………………………………………, Chef d’établissement demandeur, confirme avoir pris connaissance des conditions de prise en charge. Je confirme par ailleurs que les chefs d’établissement concernés par le projet, le cas échéant, en sont également informés et s’engagent pour sa mise en œuvre.

A …………………………………………………… Signature

Le ………………………………………………….

Vos conseillères Formiris sont à votre écoute pour vous orienter et vous accompagner dans la recherche d’un organisme de formation, n’hésitez pas les contacter.

Nos conseillères en formation :

Claire ZONSZAJN / Académie de Nice

czonszajn@formiris.org

09 75 17 80 60

Aline JOBIN/ Académie Aix- Marseille

ajobin@formiris.org

09 75 17 80 60

Nos assistantes de formation :

Du lundi au vendredi

9h00 - 12h00 et 14h00 - 17h00

Valérie BUQUET ou Marie-Sigrid REYNAUD

contact.regionsudetcorse@formiris.org

09 75 17 80 60

