Demande de subvention collective

 FORMCHECKBOX Etablissement scolaire

 FORMCHECKBOX Réseau

 Ne pas remplir

 FORMCHECKBOX Projet langues (si oui, cochez)

|  |
| --- |
| Coordonnées de la personne de contact |
| **Nom et prénom** |  FORMTEXT       |
| **Adresse** |  FORMTEXT       |
| **NP, domicile** |  FORMTEXT       |
| **Tél. privé / école** |  FORMTEXT       |
| **Courriel** |  FORMTEXT       |
| **Lieu d’enseignement** |  FORMTEXT       |
| **Degré d'enseignement**  |  FORMCHECKBOX cycle 1 FORMCHECKBOX cycle 2 FORMCHECKBOX cycle 3 FORMCHECKBOX secondaire 2 |
| Présentation du projet |
| **Titre** |  FORMTEXT       |
| **Entité formatrice** |  FORMTEXT       |
| **Lieu(x) de la formation** |  FORMTEXT       |
| **Date(s) de la formation** |  FORMTEXT       |
| **Horaire(s) de la formation** |  FORMTEXT       |
| **Nombre de périodes (45 mn) d'animation** |  FORMTEXT       |
| **Coordonnées du formateur** | Nom et prénom | : |  FORMTEXT       |
| Adresse complète | : |  FORMTEXT       |
|  |  |  FORMTEXT       |
| Coordonnées téléphoniques | : |  FORMTEXT       |
| Adresse courriel | : |  FORMTEXT       |
| Statut officiel indépendant : FORMCHECKBOX oui (joindre attestation de l'autorité compétente) FORMCHECKBOX non |
| **Budget du formateur** | Honoraires formateur | : |  FORMTEXT       |
| Déplacement(s) | : |  FORMTEXT       |
| Logement | : |  FORMTEXT       |
| Repas | : |  FORMTEXT       |

|  |
| --- |
| Développement du projet |
| **Thème** |  **FORMTEXT** |
| **Objectifs de la formation** |  **FORMTEXT** |
| **Description de la formation (contenu, étapes,…) ou descriptif à joindre en annexe** |  **FORMTEXT** |
| **!!! Participants !!!** | **Joindre une liste mentionnant les nom, prénom, adresse et courriel de chacun des participants** |

**Date :**  FORMTEXT       **Signature :**

Doit parvenir, **AU PLUS TARD 4 SEMAINES AVANT LE DEBUT DU COURS,** à l'adresse suivante :

HEP-BEJUNE

Formation continue

ch. de la Ciblerie 45

2503 Bienne

formation.continue@hep-bejune.ch