

2023  
**FORMULAIRE**

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
<p><b>Choisir l'une des thématiques suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Formation sur la pédagogie de projet</li> <li><input type="checkbox"/> Formation sur les pratiques de classes innovantes</li> <li><input type="checkbox"/> Formation sur l'ingénierie pédagogique</li> <li><input type="checkbox"/> Formation sur la modernisation des méthodes d'apprentissage</li> <li><input type="checkbox"/> Formation sur les outils et méthodes d'évaluation</li> <li><input type="checkbox"/> Formation sur les techniques d'animation de cours et de classes</li> <li><input type="checkbox"/> Formation sur l'interdisciplinarité et l'interculturalité</li> <li><input type="checkbox"/> Formation à l'enseignement des disciplines dites non linguistiques (DNL)</li> <li><input type="checkbox"/> Formation à la didactique du FLE/FLS</li> <li><input type="checkbox"/> Formation sur le français professionnel</li> <li><input type="checkbox"/> Formation sur la communication, la mise en place de projets et la collaboration</li> <li><input type="checkbox"/> Formation sur les techniques de traduction</li> <li><input type="checkbox"/> Formation sur le traitement automatique des langues (TAL)</li> <li><input type="checkbox"/> Formation à la localisation linguistique</li> <li><input type="checkbox"/> Autres*</li> </ul> <p>*Merci de préciser :</p>

VOLUME HORAIRE ET DURÉE	
Nombre d'heures ( <i>pas inférieur à 12h</i> ) :	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 :

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

# APPEL A CANDIDATURES



Renforcement des compétences  
dans les départements universitaires de français

AGENCE UNIVERSITAIRE DE LA FRANCOPHONIE  
Moyen-Orient

## PUBLIC VISÉ

✓ Choisir le Public visé\*\*\* :

- Enseignants Préciser la filière de rattachement :
- Chercheurs Préciser la filière de rattachement :
- Doctorants Préciser la filière de rattachement :
- Public universitaire (responsables, cadres administratifs et personnels administratifs...)
- 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 :

\*\*\*Préciser le type d'apprenants visés

N.B. : Les enseignants apprenants extérieurs à l'établissement demandeur de la formation doivent 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\*\*\*\*, compléter les informations suivantes :

Nom et Prénom :	Fonction :
Nationalité :	Date de naissance :
Téléphone :	Adresse électronique :
Établissement de rattachement :	Domaine de compétence :
Faculté :	Département :

- Si non, l'établissement demandeur de la formation donne son accord pour lancer un appel à candidatures afin de le recruter.

\*\*\*\*Joindre son Curriculum Vitae et le plan de la formation proposée.

## SOUTIEN DEMANDÉ DE L'AUF

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

## PRISE EN CHARGE ASSURÉE PAR L'UNIVERSITÉ DEMANDEUSE

- Hébergement
- Repas durant la formation
- Accueil à l'aéroport
- Autres

## 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 (le cas échéant, joindre attestation)**

**NOM / PRÉNOM**

Signature et cachet

**Accord du président de l'établissement**

**NOM / PRÉNOM**

Signature et cachet

## VOLET II : DEMANDE D'EXPERTISE

ELEMENTS SUR LA STRUCTURE DEMANDANT L'EXPERTISE
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... :

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

\*Joindre la description détaillée des activités concernées par l'expertise demandée

# APPEL A CANDIDATURES



**Renforcement des compétences  
dans les départements universitaires de français**

**AGENCE UNIVERSITAIRE DE LA FRANCOPHONIE  
Moyen-Orient**

EXPERT	
Si le formateur est identifié***, 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.	

\*\*\*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 (pause-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 :

**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 (*le cas échéant, joindre attestation*)**

**NOM / PRÉNOM**

Signature et cachet

**Accord du président de l'établissement**

**NOM / PRÉNOM**

Signature et cachet