



À transmettre à : DAFPEN - Rectorat Mayotte
Dafpen@ac-mayotte.fr

1. Origine de la demande

<input type="checkbox"/>	Un établissement — nom, ville, téléphone, mail	Chef d'établissement — nom *
<input type="checkbox"/>	Un groupement d'établissements — pour chacun : nom, ville, téléphone, mail	Chef d'établissement coordonnateur — nom et coordonnées *
<input type="checkbox"/>	Une structure locale — Bassin, REP+, Ilot	Responsable — nom et coordonnées *

* personne contact

2. Caractéristiques de la demande

Intitulé de la formation :
Motif de la demande (Contexte, circonstances, problématique, projets) :
Avez-vous déjà bénéficié d'une formation sur cette thématique ? Si oui, en quelle année ?
Objectifs de la formation

3. Organisation prévisionnelle — *Renseigner les rubriques considérées comme pertinentes*

Formateur(s) souhaité(s) : nom, prénom, adresse mail, téléphone, statut/fonction, profil/qualification	
Durée envisagée : de ½ à 3 jours ; préciser le nbre d'heures	
Nombre de séquences de travail	autre : préciser
Déroulement de la formation	
Équipements Ressources matérielles	
Contraintes particulières	
Date(s) demandée(s) si validée(s) par le formateur	
Période de réalisation demandée, sinon	

4. Liste des personnels demandeurs ou fournir un fichier excel attaché.

	Nom et prénom	Grade/discipline ou fonction	Établissement d'affectation
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

6. Remarques et observations :

À

le

Visa du chef d'établissement ou du responsable