**PROGRAMME DE FORMATION**

**[Titre de la formation]**

**Nom de l'organisme**

**Adresse**

**Numéro SIRET**

**Numéro de déclaration d'activité**

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PUBLIC VISÉ / PROFIL DES STAGIAIRES**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PRÉREQUIS**

*(niveau, expérience, diplômes ou sans prérequis)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**DURÉE DE LA FORMATION**

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

**DATE ET LIEU DE LA FORMATION**

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

**ÉQUIPE PÉDAGOGIQUE**

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

**MOYENS TECHNIQUES**

*En présentiel, e-learning, blended-learning, etc...*

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

**TARIF**

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

**CONTENU DE LA FORMATION**

*Détails, objectifs et durée des séquences*

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

**MÉTHODES PÉDAGOGIQUES**

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

**MODALITÉS D’ÉVALUATION**

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

© Quali-Santé - Modèle de programme de formation