|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Intitulé du module** | **Date** | **Horaire**  **De \_ h à \_ h** | **Durée (h) Présentiel** | **Durée (h) FOAD** | **Emargement apprenant** | **Emargement formateur** |
| A compléter |  |  |  |  |  |  |  |
| Phase 1 Positionnement  **(obligatoire)** |  |  |  |  |  |  |  |
| Commentaires | | | | | | |
| A compléter |  |  |  |  |  |  |  |
| Phase 2 Formation  **(obligatoire)**  *Si nécessaire, merci de compléter la suite des dates de formation, au verso* |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Commentaires | | | | | | |
| A compléter |  |  |  |  |  |  |  |
| Phase 3 Evaluation  **(obligatoire)** |  |  |  |  |  |  |  |
| Commentaires | | | | | | |
| A compléter |  | | | | | | |
| Phase 4 Suivi | Le bénéficiaire atteste avoir été informé de la possibilité de bénéficier gratuitement d'un appui pédagogique dans les 2 mois suivant la fin de la formation | | | | |  |  |
| A compléter |  | | | | | | |
| Si le visa est CLEA compatible | Le bénéficiaire donne son consentement pour mobiliser son Compte Personnel de Formation | | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A compléter | **Intitulé du module** | **Date** | **Horaire**  **De \_ h à \_ h** | **Durée (h) Présentiel** | **Durée (h) FOAD** | **Emargement apprenant** | **Emargement formateur** |
| Phase 2 Formation  **(obligatoire)** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |