

FICHE ANONYMISEE POUR LA REPONSE A CONSULTATION

*Si retenu logo OF*

**Titre de la formation**

Formation financée par le FIAF à 100%

**LIEU ET DUREE**

**Lieu :**

**Dates des sessions :**

**Durée (heures et jours) :** *22.5h sur 3 jours*

**Horaires (par jour) :** *8h-11h30 / 12h30- 16h30*

**PUBLIC**

*Public ciblé dans le CDC*

*Nombre de places*

**PRE-REQUIS**

*S’il y en a les décrire (niveau exigé, formation en amont...)*

**OBJECTIFS PEDAGOGIQUES**

**CONTENU**

*Descriptif du contenu détaillé par journée*

*ou par objectifs*

**Formateur(s) :** *Formateur 1 : domaines liés à la formation et agréés*

**Méthodes et outils pédagogiques :** *lister les méthodes et outils*

**Livrables :** Attestation de formation, bilan, support de formation*... autres*

**Evaluations :** *Type d’évaluation des acquis* + évaluations à chaud du FIAF