**PROGRAMME DE FORMATION  
TITRE DE LA FORMATION**

1. **CENTRE DE FORMATION**

Raison sociale : XXX

Adresse : XXX

Code postal : XXX Localité : XXX

Téléphone : XXX Email : XXX

Numéro SIRET : XXX

Nom de la personne à contacter : XXX

Organisme public : 🗆 ou Organisme privé : X

1. **ACTION DE FORMATION**

**Intitulé : XXX**

**Description et détail :**

XXX

**Formateurs :**

* XXX

**Objectifs de la formation :**

* XXX

**Durée :**

Module de XX heures réparties sur 2 journées.

**Délais d’accès :**

XXX

**Tarif :**XXX

**Méthode pédagogique :**

XXX

**Outils pédagogiques :**

* XXX

**Contrôle des connaissances :**

XXX

**Contrôle des prérequis avant formation :**

XXX

**Handicap**

Toutes les formations dispensées à NOM DE L’ORGANISME sont accessibles aux personnes en situation de handicap.

Lors de l’inscription à nos formations, nous étudions avec le candidat en situation de handicap et à travers un questionnaire les actions que nous pouvons mettre en place pour favoriser son apprentissage.

Pour cela, nous pouvons également nous appuyer sur un réseau de partenaires nationaux préalablement identifiés.

**PROGRAMME**

**Jour 1**

* XXX

**Jour 2**

* XXX

1. **CALENDRIER PRÉVISIONNEL**

Date de début : XXX  
Date de fin : XXX