## FORMULAIRE DE DEMANDE DE COURS

No:

Accepté 🞎

Refusé 🞎

**Etablissement**

Nom

Adresse complète

Contact nom

 courriel       @

 tél.

**Cours**

Titre

|  |
| --- |
| **Domaine** *(selon PER)* |
| **Profession Enseignante** [ ]  Enseignement, gestion classe[ ]  Praticiens / maîtres formateurs[ ]  Introduction à la profession[ ]  Développement personnel des enseignants[ ]  Enseignement spécialisé[ ]  Interdisciplinarités  | **Langues** [ ]  L1, français[ ]  L2, allemand[ ]  L3, anglais | **MSN** [ ]  Mathématique[ ]  Sciences de la nature | **SHS** [ ]  Géographie, histoire, citoyenneté [ ]  Ethique et culture religieuse |
|  | **ART**[ ]  Activités créatrices & manuelles[ ]  Arts visuels[ ]  Musique | **Corps et mouvement** [ ]  Education physique[ ]  Education nutritionnelle[ ]  Economie familiale | **Formation générale**[ ]  MITIC[ ]  Vivre ensemble et exercice de la démocratie[ ]  Interdépendances (sociales, économiques, environnementales et EDD)[ ]  Orientation scolaire et prof.[ ]  Santé et bien-être, prévention |
| Dates prévues      Durée du cours       / jours       / périodes 50 min au total.Horaire      Nombre de participants       (Joindre la liste des participants)Public cible      Lieu du cours       |
| **Objectif-s / intentions** |
|       |
| **Contenu, description / présentation** |
|       |

**Intervenant**

|  |
| --- |
| Nom       Tél. mobile       Courriel      @     Prénom       Tél.       Adresse       NPA/Localité        **Autre intervenant**Nom       Tél. mobile       Courriel      @     Prénom       Tél.       Adresse       NPA/Localité       |
| **Autres desideratas ou indications utiles** |
|       |

**Validation par la direction de l’établissement / commission scolaire**

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbre/ Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Validation par la Haute Ecole pédagogique du Valais**

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anne-Françoise Martinon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Responsable Formation continue

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peter Summermatter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Direction HEP-VS

Annexes :

* Formulaire liste des participants à compléter