



Nom et prénom du candidat:

Rue :

Code Postal et Ville :

Pays :

Dakar, le ___ / ___ / ____

Devis de la formation

RESPONSABLE DE PROJETS NUTRITION

Dates de réalisation des modules

Du 2 janvier au 3 avril 2019 à Dakar

Durée totale en heures des modules choisis

420 heures de formation

Temps plein : 35 heures hebdomadaires

Type de validation

Certificat sous condition de validation de l'intégralité de la formation

Contact **Institut Bioforce Afrique,
Service Recrutement**

Mail inscription.afrique@institutbioforce.fr

DEVIS N°: RPNUT Parcours Afrique 2018-2019

DESIGNATION	Nombre d'heures	MONTANT
Frais de formation / Coût pédagogique : Heures de présence avec émargement 3 mois de formation à Dakar	420	2 950 000,00 FCFA
Suivi période d'apprentissage en situation professionnelle : Hors présentiel + 6 mois de Période d'Apprentissage en Situation Professionnelle*		
Frais de sélection	Forfait	20 000,00 FCFA
TOTAL TTC (en FCAF)		2 970 000,00 FCFA

PLANIFICATION PREVISIONNELLE DES MODULES DE LA FORMATION :

RESPONSABLE DE PROJETS PROTECTION DE L'ENFANCE EN SITUATION D'URGENCE Parcours Court Afrique

RECAPITULATIF DE L'ENSEMBLE DES MODULES DE FORMATION	DUREE en Heures
Module Immersion	35
Module Environnement du Métier de la Solidarité Internationale	70
Module Essentiels Management Métier	105
Module Focus Métier	175
Module transverse – Parcours métiers	21
Autres	14
TOTAL	420

* Ces frais comprennent :

- L'appui à l'identification et le suivi de la période d'application professionnelle (mission humanitaire au sein des ONG) qui fait suite à la formation présentielle à l'Institut Bioforce. Le stagiaire sera suivi sur une durée maximum de 18 mois afin de lui permettre de réaliser 6 mois de mission nécessaires à l'obtention du Titre professionnel.
- L'animation du réseau des diplômés.

ECOBANK

FONDATION MERIEUX BIOFORCE			
BANQUE	AGENCE	N° COMPTE	CLE
SN094	01001	141001636405	40
BIC / SWIFT : ECOCSNDA			
IBAN : SN0940100114100163640540			

N° Enregistrement N.I.N.E.A : 0064381640Y9

PARTIE A REMPLIR PAR LE CANDIDAT	PARTIE A REMPLIR PAR LE PAYEUR SI DIFFERENT DU CANDIDAT	
Validant ainsi son engagement à suivre la formation sus mentionnée sous réserve de validation de la candidature par l'Institut Bioforce. Sans déclaration qu'un organisme tiers sera le payeur, le candidat déclare être le payeur de sa formation.	NOM ET ADRESSE de l'organisme PAYEUR	PERSONNE contact suivant ce dossier au sein de cet Organisme Nom :..... Fonction :..... Email :..... Tél.:.....
<u>Signature</u> du devis par le CANDIDAT avec la Mention " BON POUR ACCORD " : Date / /	<u>Signature</u> du devis par l'ORGANISME PAYEUR avec le <u>Cachet</u> et la Mention " BON POUR ACCORD " : Date / /	