



<b>E. PERSONNES DISPENSANT DES HEURES DE FORMATION</b>	Nombre	Nombre d'heures de formation dispensées
Personnes de votre organisme dispensant des heures de formation	_____	_____
Personnes extérieures à votre organisme dispensant des heures de formation dans le cadre de contrats de sous-traitance	_____	_____

**F. BILAN PÉDAGOGIQUE : STAGIAIRES BÉNÉFICIAIRE D'UNE FORMATION DISPENSÉE DIRECTEMENT PAR L'ORGANISME**

<b>F - 1. TYPE DE STAGIAIRES DE L'ORGANISME</b>	Nombre de stagiaires	Nombre total d'heures de formation suivies par l'ensemble des stagiaires
Salariés bénéficiant d'un financement par l'employeur, par un OPCA ou un OPACIF ..... a	_____	_____
Personnes en recherche d'emploi bénéficiant d'un financement public..... b	_____	_____
Personnes en recherche d'emploi bénéficiant d'un financement OPCA ..... c	_____	_____
Particuliers à leurs propres frais ..... d	_____	_____
Autres stagiaires ..... e	_____	_____
<b>TOTAL (a + b + c + d + e) ..... (1)</b>	_____	_____

<b>F - 2. ACTIVITÉ EN PROPRE DE L'ORGANISME</b>	Nombre de stagiaires	Nombre total d'heures de formation suivies par l'ensemble des stagiaires
Formés par votre organisme pour son propre compte ..... a	_____	_____
Formés par votre organisme pour le compte d'un autre organisme ..... b	_____	_____
<b>TOTAL (a + b) ..... (2)</b>	_____	_____

<b>F - 3. OBJECTIF GÉNÉRAL DES PRESTATIONS DISPENSÉES</b>	Nombre de stagiaires	Nombre total d'heures de formation suivies par l'ensemble des stagiaires
Formations visant un diplôme ou un titre à finalité professionnelle (hors certificat de qualification professionnelle) inscrit au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) ..... a	_____	_____
dont de niveau I et II (licence, maîtrise, master, DEA, DESS, diplôme d'ingénieur) ..... .	_____	_____
dont de niveau III (BTS, DUT, écoles de formation sanitaire et sociale ...)	_____	_____
dont de niveau IV (BAC professionnel, BT, BP, BM...)	_____	_____
dont de niveau V (BEP, CAP ou CFPA 1 <sup>er</sup> degré...)	_____	_____
Formations visant un certificat de qualification professionnelle (CQP) ..... b	_____	_____
Formations visant une certification et/ou une habilitation inscrite à l'inventaire de la CNCP ..... c	_____	_____
Autres formations professionnelles continues..... d	_____	_____
Bilans de compétence..... e	_____	_____
Actions d'accompagnement à la validation des acquis de l'expérience ..... f	_____	_____
<b>TOTAL (a + b + c + d + e + f) ..... (3)</b>	_____	_____

<b>F - 4. SPÉCIALITÉS DE FORMATION</b>		Nombre de stagiaires	Nombre total d'heures de formation suivies par l'ensemble des stagiaires
Cinq principales spécialités de formation (indiquer la spécialité en clair)	Code		
.....	_____	_____	_____
.....	_____	_____	_____
.....	_____	_____	_____
.....	_____	_____	_____
.....	_____	_____	_____
Autres spécialités : .....		_____	_____
<b>TOTAL : .....</b>	<b>(4)</b>	_____	_____

<b>G. BILAN PÉDAGOGIQUE : STAGIAIRES DONT LA FORMATION A ÉTÉ CONFIEE A UN AUTRE ORGANISME DE FORMATION</b>	Nombre de stagiaires	Nombre total d'heures de formation suivies par l'ensemble des stagiaires
Formations confiées par votre organisme à un autre organisme de formation :	_____	_____

**H. PERSONNE AYANT LA QUALITÉ DE DIRIGEANT**

Nom et prénom :	Qualité (ex. : travailleur indépendant, gérant, président...) :
.....	.....

À ....., le .....

Nom et qualité du signataire : .....

Tél.....

Email : .....

Signature :