

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

F - 1. TYPE DE STAGIAIRES DE L'ORGANISME

| | 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 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Personnes en recherche d'emploi bénéficiant d'un financement public.....b | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Personnes en recherche d'emploi bénéficiant d'un financement OPCA.....c | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Particuliers à leurs propres fraisd | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Autres stagiairese | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| TOTAL (a + b + c + d + e)(1) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

F - 2. ACTIVITÉ EN PROPRE DE L'ORGANISME

| | Nombre de stagiaires | Nombre total d'heures de formation suivies par l'ensemble des stagiaires |
|---|----------------------|--|
| Formés par votre organisme pour son propre comptea | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Formés par votre organisme pour le compte d'un autre organismeb | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| TOTAL (a + b).....(2) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

F - 3. OBJECTIF GÉNÉRAL DES PRESTATIONS DISPENSÉES

| | 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 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| dont de niveau I et II (licence, maîtrise, master, DEA, DESS, diplôme d'ingénieur)..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| dont de niveau III (BTS, DUT, écoles de formation sanitaire et sociale ...)..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| dont de niveau IV (BAC professionnel, BT, BP, BM...) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| dont de niveau V (BEP, CAP ou CFPA 1 ^{er} degré...) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Formations visant un certificat de qualification professionnelle (CQP).....b | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Formations visant une certification et/ou une habilitation inscrite à l'inventaire de la CNCP.....c | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Autres formations professionnelles continues.....d | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Bilans de compétence.....e | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Actions d'accompagnement à la validation des acquis de l'expérience.....f | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| TOTAL (a + b + c + d + e + f)(3) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

F - 4. SPÉCIALITÉS DE FORMATION

| Cinq principales spécialités de formation (indiquer la spécialité en clair) | | Code | Nombre de stagiaires | Nombre total d'heures de formation suivies par l'ensemble des stagiaires |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Autres spécialités : | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| TOTAL : | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

G. BILAN PÉDAGOGIQUE : STAGIAIRES DONT LA FORMATION A ÉTÉ CONFIEE A UN AUTRE ORGANISME DE FORMATION

| | 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 : | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 :