



E. PERSONNES DISPENSANT DES HEURES DE FORMATION	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**

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	_____	_____
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>	_____	_____

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 compte ..... a	_____	_____
Formés par votre organisme pour le compte d'un autre organisme ..... b	_____	_____
<b>TOTAL (a + b) ..... (2)</b>	_____	_____

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	_____	_____
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 CNCF ..... 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>	_____	_____

F - 4. SPÉCIALITÉS DE FORMATION		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>	_____	_____

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 :	_____	_____

**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 :