

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	_____	_____
TOTAL (a + b + c + d + e) (1)	_____	_____

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	_____	_____
TOTAL (a + b) (2)	_____	_____

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 ^{er} 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	_____	_____
TOTAL (a + b + c + d + e + f) (3)	_____	_____

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 :		_____	_____
TOTAL :		_____	_____

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 :