

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		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	<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 :.....(4)		<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 :

FORMAKE SASU
 16, rue Ampère 95300 PONTOISE
 contact@formake.com FAX: 01 83 62 42 71
 SIRET : 812 450 096 00019 - NAF : 7022 Z
 N° déclaration d'activité : 11 95 05865 95

