



**BILAN PEDAGOGIQUE ET FINANCIER  
RETRAÇANT L'ACTIVITE DE DISPENSATEUR DE FORMATION PROFESSIONNELLE**



Articles L. 6352-6 à L. 6352-11, L. 6355-15 et R. 6352-22 à R. 6352-24 du Code du travail  
(Lire **ATTENTIVEMENT** la notice avant de remplir ce bilan)

N° 10443 \* 14

Ce document doit être rempli par chaque prestataire de formation professionnelle continue  
et **transmis avant le 30 avril** à la Direction régionale des entreprises, de la concurrence,  
de la consommation, du travail, de l'emploi dont vous dépendez.

FA 08

Service régional de contrôle  
de la formation professionnelle  
BPF déposé au titre de l'année

**A. IDENTIFICATION DE L'ORGANISME DE FORMATION**

Numéro de déclaration :	NUMERO DE SIRET	CODE NAF
Forme juridique :		
Nom et prénom ou dénomination (sigle) :		
Adresse :		
Acceptez-vous que cette adresse soit rendue publique :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Tél.	Email de contact :	

**B. CARACTERISTIQUES DE L'ORGANISME**

Le bilan pédagogique et financier porte sur l'activité de dispensateur de formation de l'organisme au cours du dernier exercice comptable clos :  
**EXERCICE COMPTABLE DU AU**

**C. BILAN FINANCIER HORS TAXES : ORIGINE DES PRODUITS DE L'ORGANISME**

Produits provenant :		
- des entreprises pour la formation de leurs salariés		1 <input type="text"/>
- des organismes paritaires collecteurs ou gestionnaires des fonds de la formation :		
pour des formations dispensées dans le cadre des contrats de professionnalisation	a	<input type="text"/>
pour des formations dispensées dans le cadre des congés individuels de formation	b	<input type="text"/>
pour des formations dispensées dans le cadre du compte personnel de formation	c	<input type="text"/>
pour des formations dispensées dans le cadre des dispositifs spécifiques pour les personnes en recherche d'emploi	d	<input type="text"/>
pour des formations dispensées dans le cadre d'autres dispositifs (plan de formation, périodes de professionnalisation, ...)	e	<input type="text"/>
Total des produits provenant des organismes paritaires collecteurs ou gestionnaires des fonds de la formation (total des lignes a à e)	2	<input type="text"/>
- des fonds d'assurance formation de non-salariés	3	<input type="text"/>
- des pouvoirs publics pour la formation de leurs agents (Etat, collectivités territoriales, établissements publics à caractère administratif)	4	<input type="text"/>
- des pouvoirs publics pour la formation de publics spécifiques :		
Instances européennes	5	<input type="text"/>
Etat	6	<input type="text"/>
Conseils régionaux	7	<input type="text"/>
Pôle emploi	8	<input type="text"/>
Autres ressources publiques	9	<input type="text"/>
- de contrats conclus avec des personnes à titre individuel et à leurs frais	10	<input type="text"/>
- de contrats conclus avec d'autres organismes de formation	11	<input type="text"/>
Produits résultant de la vente d'outils pédagogiques	12	<input type="text"/>
Autres produits au titre de la formation professionnelle continue	13	<input type="text"/>
<b>TOTAL DES PRODUITS RÉALISÉS AU TITRE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE (total des lignes 1 à 13)</b>		<input type="text"/>
Part du chiffre d'affaires global réalisée dans le domaine de la formation professionnelle continue (en %) :		<input type="text"/>

**D. BILAN FINANCIER HORS TAXES : CHARGES DE L'ORGANISME**

Total des charges de l'organisme liées à l'activité de formation :	<input type="text"/>
• dont Salaires des formateurs	<input type="text"/>
• dont Achats de prestation de formation et honoraires de formation	<input type="text"/>

**E. PERSONNES DISPENSANT DES HEURES DE FORMATION**

	Nombre	Nombre d'heures de formation dispensées
Personnes de votre organisme dispensant des heures de formation	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personnes extérieures à votre organisme dispensant des heures de formation dans le cadre de contrats de sous-traitance	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**F. BILAN PÉDAGOGIQUE : STAGIAIRES BÉNÉFICIAIRES 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 frais .....d	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres stagiaires .....e	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>TOTAL (a + b + c + d + e) .....(1)</b>	<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 compte .....a	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Formés par votre organisme pour le compte d'un autre organisme .....b	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>TOTAL (a + b).....(2)</b>	<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 <sup>er</sup> 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"/>
<b>TOTAL (a + b + c + d + e + f) .....(3)</b>	<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"/>
Autres spécialités : .....			<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>TOTAL : .....</b>			<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 : .....