**Eléments nécessaires pour compléter le dossier DataDoc**

*Merci de bien vouloir répondre au questionnaire ci-dessous afin que nous disposions de l'ensemble des informations nécessaires à la constitution de votre dossier. Vous pouvez joindre à ce questionnaire tout document que vous jugerez utile à la connaissance de votre OF.*

**Tableau informations générales**

|  |  |
| --- | --- |
| SIRET | 811 445 410 RCS Créteil |
| N° d’activité et Région d’enregistrement : | 11940951494 |
| Contact OF | Evelyne REVELLAT |
| Tél | 06 60 47 71 64 |
| Mail | evelyne.revellat@kheprisante.fr |
| Contrôle d’assiduité des stagiaires | X Feuilles d’émargement par ½ journée  □ Traçage des heures de connexion sur la platforme FOAD |

**Tableau informations détaillées par formation** *(Si vous avez plusieurs formations, merci de compléter 1 tableau par formation, uniquement les éléments qui ne sont pas identiques)*

|  |  |
| --- | --- |
| Intitulé formation | **MANAGEMENT ET COHESION D’EQUIPE** |
| Nom du formateur | Evelyne Revellat |
| Qualification | Coach Formateur |
| Public visé | Entrepreneur et manager |
| Pré-requis pour suivre la formation | Aucun |
| Accès à la formation par | □VAD □VAE XEntretien □Test □Autres................ |
| Dispositif mis en place : | □FOAD □Présentiel □Blended □Chat□ Autres : .. |
| Objectif de la formation | * A la préformation et de préparation à la vie professionnelle ; * A l’adaptation et le développement des compétences des salariés ; * A la promotion professionnelle ; * A la conversion ;   **A l’acquisition, l’entretien ou le perfectionnement des connaissances** |
| **Si Présentiel** : | Adresse : 188 Grande rue Charles de Gaulle, 94130 Nogent sur Marne  Coordonnées Tel : 01 84 25 22 87  Contact d'urgence : Evelyne Revellat  Restaurants, Hotels :  Plan des locaux : |
| Accessibilité locaux : | Accessibilité transport X Oui □Non  Accessibilité Handicap X Oui □Non  Attestation de sécurité (ERP) X Oui □Non  Présence de vestiaire : X Oui □Non |
| Modalités d'accès aux ressources documentaires : | □ Livret X Support de formation □Intranet □ Autres : Exercices pratiques  *Merci de nous fournir le document type que vous donnez à vos stagiaires* |
| Durée de la formation : | 2 jours (14 heures) |
| Nombre de formateur : | 1 |
| Niveau de qualification des formateurs | Bac +4 |
| Nombre de formateurs vacataires | 4 |
| Nombre de formateurs permanents | 1 |
| Désignation du formateur référent par sujet : | Evelyne Revellat |
| Dispositif de suivi mis en place : | □Feuille de route □ calendrier □entretiens □ Autres : ... |
| Quelles procédures d'évaluation des acquis : | □ QCM □Test □ Entretiens  □ Autres : …..... |
| Fréquence de cette évaluation | □ Chaque semaine □ A chaque module X A la fin de la formation □Autre : …. |
| Quelles procédures d'évaluation de la formation  :  \*plusieurs cases peuvent être cochées | X Evaluation à chaud sous forme :  X d’entretien □de questionnaire  □ Autre : ……………..  X enquete de satisfaction  X Evaluation à froid sous forme de :  X Questionnaire  □ Entretien  effectué:  X 3 mois en suivant la formation  □ 6 mois après la formation  □12 mois après la formation  □ Autres : ….....  Exploitation des réponses :  □ Statistiques par mode de formation  □ Statistiques par formation  □ Stat par type de formation  □ Stat par secteur d’activité  □ Autres :…………. |
| Avez-vous mis en place un suivi de formation par entreprise  ***\*Ceci uniquement s’il s’agit d’une entreprise qui fait appel à vous pour*** | □ Oui  X Non  Si oui fréquence : ………..  Forme : □ Entretien  □ Questionnaire  Avez-vous mis en place une enquête auprès des entreprises clientes □ Oui X Non  A quelle période de la formation :………….  Questionnaire □ Nominatif XAnonyme  Exploitation des réponses :  □ Statistiques par mode de formation  □ Statistiques par formation  □ Stat par type de formation  □ Stat par secteur d’activité  □ Autres :…………. |
| Remettez-vous une attestation en fin de formation | X Oui  □ Non |
| Avez-vous mis en place un système d’échanges avec les stagiaires : | □ Oui  □ Non  Si oui forme : □ Entretiens Tél  X Mails  □ Visio  □ Autre : ……………..  □ fréquence : |
| Description des actions de formations et de professionnalisation des formateurs : | □ Le ou les formateurs ont-ils suivi des formations dans les 12 ou 24 derniers mois :  □ Oui X Non  *Si oui, merci de nous adresser vos attestations de formation* |
| Références clients :  Merci de nous fournir les références d’un de vos clients | Nom de l’entreprise : **Société RS Consulting**  Contact : **Roseline STEINMANN**  Secteur d’activité : Coach professionnel en management |
| Programme, pub… | *Merci de nous adresser votre support de communication ou votre programme avec tarif ou votre page internet avec les formations et tarifs que vous proposez.* |
| Indicateurs de performances : | Nombres de personnes formées : 1  Sur quelle période :  Taux d’assiduité :  Satisfaction globale clients :  Nombre de formations diplômantes :  % de réussite : |
| Type de financeurs : | □ OPCA  □ Pole Emploi  □ Régions  □ Autres : pas de prise en charge demandée  Nombres de contrats signés : 1  Nombres de conventions signées : 1  *Si vous avez votre convention, contrat, autrement nous les rédigerons pour vous* |
| Descriptif de vos clients : | % de BtoB : 60  %de BtoC : 40  % de formation en alternance : 0  Autres : ………………..  Branche d’activités : professionnels de santé et entreprises  Type de formation : ? |