**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 MarneCoordonnées Tel : 01 84 25 22 87Contact d'urgence : Evelyne RevellatRestaurants, Hotels :Plan des locaux : |
| Accessibilité locaux : | Accessibilité transport X Oui □NonAccessibilité Handicap X Oui □NonAttestation de sécurité (ERP) X Oui □NonPrésence 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□ Entretieneffectué: 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***  | □ OuiX NonSi oui fréquence : ………..Forme : □ Entretien □ QuestionnaireAvez-vous mis en place une enquête auprès des entreprises clientes □ Oui X NonA quelle période de la formation :………….Questionnaire □ Nominatif XAnonymeExploitation 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□ NonSi 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 : 1Sur 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 demandéeNombres de contrats signés : 1Nombres 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 : 0Autres : ………………..Branche d’activités : professionnels de santé et entreprisesType de formation : ? |