FORMULAIRE DE RÉPONSE
A L'APPEL D'OFFRES

Programme d'Actions Collectives
AGEFOS PME NORMANDIE

Date: 28 septembre 2017
Date limite de dépôt : le 20 octobre 2017 à 17h

AGEFOS PME Normandie
CITIS – 8 rue d'Atalante – BP 10268
14209 HEROUVILLE SAINT CLAIR CEDEX

AUCUNE AUTRE FORME DE DOSSIER NE SERA PRISE EN COMPTE
Le répondant déposera une fiche projet pour chaque action faisant l'objet d'une réponse

Cette formation est cofinancée par l'Union Européenne

FICHE DESCRIPTIVE

NOM DE L'ORGANISME

STATUT

Date de création de l'organisme : ..... **Statut juridique** : .....

Numéro de déclaration d'existence : .....

Numéro de SIRET : ..... **Code NAF** : .....

COORDONNÉES

Adresse du Siège social – Téléphone :

RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom - Prénom : .....

Téléphone : ..... **Mail** : .....

EFFECTIF

□ **1 à 5 salariés**
□ **5 à 10 salariés**
□ **Plus de salariés**

POURCENTAGE DE FORMATEURS EN

□ **CDI** : .....
□ **CDD** : .....
□ **Vacataire** : .....

DOMAINES D'EXPERTISE ET RÉFÉRENCES

Expérience du prestataire dans le domaine visé et/ou public formé

Références concernant des actions collectives menées dans ces domaines

FICHE PROJET

ORGANISME DE FORMATION

INTITULÉ DE L'ACTION

PERSONNE CHARGÉE DU SUIVI PÉDAGOGIQUE DE L'ACTION

Nom - Prénom : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

PERSONNE CHARGÉE DU SUIVI ADMINISTRATIF DE L'ACTION

Nom - Prénom : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

SITES DE FORMATION

Adresse complète du lieu de formation : .....
Adresse complète du lieu de formation : .....
Adresse complète du lieu de formation : .....
Adresse complète du lieu de formation : .....
Adresse complète du lieu de formation : .....

PARCOURS DE FORMATION EN

□ Présentiel - Durée : .....
□ A distance - Durée : .....
□ Autres : .....

DATES PROPOSÉES SUR SESSIONS OUVERTES

Le(s) : .....

Le(s) : .....

Le(s) : .....

Ou fournir le calendrier

COÛT JOUR STAGIAIRE (en HT) :

COÛT JOUR GROUPE (en HT) :

COÛT HORAIRE (en HT) :

SEUIL MINIMAL D'INSCRITS POUR DÉMARRER L'ACTION :

INTERVENANT(S)

Nom - Prénom : .....

Fonction au sein de l'organisme : .....

Type de contrat

CDI : □ Oui □ Non **CDD** : □ Oui □ Non **Vacataire**: □ Oui □ Non

Formation initiale (ou joindre un CV)

Diplôme(s) : .....

Nombre d'années d'expérience du formateur : .....

CAPACITÉ COMMERCIALE DE L'ORGANISME À PROMOUVOIR LES ACTIONS DE FORMATION À DESTINATION DES ENTREPRISES ADHÉRENTES À AGEFOS PME

□ Nombre de personne(s) rattachée(s) au service promotionnel : .....
□ Nombre d'action(s) de phoning prévue(s) : .....
□ Nombre d'E mailing(s) programmés : .....
□ Nombre de visites d'entreprise fixées : .....
□ Autre(s) actions : .....

MODALITÉ DE POSITIONNEMENT ET D'ÉVALUATION DES STAGIAIRES

□ Test
□ Entretien
□ Autre : .....

SPÉCIALITÉS ET ORIGINALITÉS

.....
.....
.....

JOINDRE À LA FICHE PROJET, VOTRE PROGRAMME DÉTAILLÉ COMPORTANT LES MENTIONS OBLIGATOIRES* SUIVANTES :

- Objectifs de la formation

- Pré-requis

- Modalités de positionnement préalable du stagiaire

- Programme détaillé et démarche pédagogique

- Moyens pédagogiques

- Documentation remise aux participants

- Modalités d'évaluation et des acquis de la formation

- Durée de l'action (en nombre d'heures uniquement)

*** Tout programme non conforme ne sera pas pris en compte lors de la sélection**