

## VOLET PRESTATAIRE DE FORMATION

Ce document est à remplir par le prestataire de formation et à transmettre au bénéficiaire.

**IMPORTANT :** veuillez à remplir ce dossier avec précision et apposer votre signature et cachet au dos du volet. Toute omission en retarderait l'examen.

### DEMANDEUR

Nom d'usage\* .....

Prénom\* .....

\* champs obligatoires

### PRESTATAIRE DE FORMATION

Raison sociale .....

Représenté par .....

N° de déclaration d'activité  Assujetti à la TVA Oui  Non

Siret  NACE

Statut Privé  Public  Consulaire

Label, Certification Qualité Oui  Non  Si oui, lequel : .....

Référencable DataDock Oui  Non

Adresse .....

Code postal  Ville .....

Téléphone .....

E-mail (obligatoire) .....

Personne à contacter .....

Téléphone (ligne directe) .....

E-mail (obligatoire) .....

#### LIEU DE FORMATION (si différente de l'adresse indiquée ci-dessus)

Raison sociale .....

Adresse .....

Code postal  Ville .....

Téléphone .....

E-mail .....

#### ADRESSE DE FACTURATION (si différente de l'adresse indiquée ci-dessus)

Raison sociale .....

Adresse .....

Code postal  Ville .....

Personne à contacter .....

Téléphone .....

E-mail .....

RÉSERVÉ À TRANSITIONS PRO

N° de dossier

Date de Commission

CDI  FHTT  CDD

#### Pièces à joindre obligatoirement

- Programme de formation détaillé
- Calendrier détaillé complété
- Votre RIB
- Devis (Article R6323-12)
- Extrait du référentiel précisant la durée du stage pratique
- Protocole Individuel de Formation (PIF)

Intitulé de la formation : .....

Date de début : ...../...../..... Date de fin : ...../...../..... Temps plein\*  Temps partiel\*\*  Continu  Discontinu

\* ≥ à 30h de formation par semaine \*\* < à 30h de formation par semaine

Nombre de jours : en centre ..... en entreprise ..... Nombre de semaines : en centre ..... en entreprise .....

### HORAIRES HEBDOMADAIRES DE LA FORMATION

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin	de ..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h
	à ..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h
Après-midi	de ..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h
	à ..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h
Total heures / jour	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h
Total heures / semaine							..... h

### DURÉE ET MODALITÉS DE VALIDATION

	référentiel*	après positionnement
Enseignement théorique et pratique en présentiel	..... heures	..... heures
PAE pratique en entreprise	..... heures	..... heures
FOAD - Formation ouverte à distance synchrone	..... heures	..... heures
FOAD - Formation ouverte à distance asynchrone	..... heures	..... heures
Session de regroupement (enseignement à distance)	..... heures	..... heures
Formation en situation de Travail (AFEST)	..... heures	..... heures
Examen : en centre <input type="checkbox"/> hors centre <input type="checkbox"/>	..... heures	..... heures
<b>Durée totale</b>	..... <b>heures</b>	..... <b>heures</b>

\* Si pas d'heures prévues au référentiel indiquer les heures du parcours type

### NIVEAU VISÉ A L'ISSUE DE LA FORMATION

Niveau 1 / Pas de validation  • Niveau 2 / CFG - Brevet des Collèges  • Niveau 3 / CAP - CFPA - BEP

Niveau 4 / BP - BAC - BT - DAEU  • Niveau 5 / BTS - DUT  • Niveau 6 / Licence - Master  • Niveau 7 / Diplôme 3<sup>e</sup> cycle - Master 2

### NATURE DE LA VALIDATION

Diplôme d'État  Titre Professionnel  Diplôme universitaire  Certificat de Qualification Professionnelle (CQP)

Code RNCP / Répertoire spécifique ..... Code(s) CPF : .....

La formation certifiante est-elle suivie dans son intégralité ?

Si "non", indiquer les numéros des blocs de compétences visés : .....

Une VAE/VAP partielle est-elle prévue pour réduire le parcours de formation ? Oui  Non

Une VAE/VAP partielle a-t-elle été réalisée pour réduire le parcours de formation ? Oui  Non

### DEVIS

Coût pédagogique total de la formation (hors examens) ..... €\*

Nombre d'heures facturées ..... Coût horaire de la formation ..... €\* (hors PAE)

Frais non pris en charge (frais de dossier, d'inscription, de tests, de fournitures, de repas) ..... €\*

Si co-financements, nom du co-financier 1 ..... Montant 1 ..... €\*

nom du co-financier 2 ..... Montant 2 ..... €\*

Montant ..... €\*

Total ..... €\*

\* Si vous êtes assujetti à la TVA, veuillez indiquer un coût TTC

# CALENDRIER DE FORMATION

En cas de formation sur plusieurs années, veuillez joindre un calendrier prévisionnel pour la totalité de la durée de la formation.

**PÉRIODES D'INTERRUPTION DE LA FORMATION :** Codes à utiliser dans le calendrier ci-dessous pour indiquer la nature de l'interruption :

A = Congés, vacances, ponts. B = Période d'application en entreprise hors centre de formation (joindre éventuellement une annexe)

année																		
mois	Nombres d'heures/jour de :			Nombres d'heures/jour de :			Nombres d'heures/jour de :			Nombres d'heures/jour de :			Nombres d'heures/jour de :			Nombres d'heures/jour de :		
jour	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Centre	PAE	Rech. ou FOAD
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		
Total mois	Centre			Centre			Centre			Centre			Centre			Centre		
	PAE			PAE			PAE			PAE			PAE			PAE		
	Rech. ou FOAD			Rech. ou FOAD			Rech. ou FOAD			Rech. ou FOAD			Rech. ou FOAD			Rech. ou FOAD		
	Exam.			Exam.			Exam.			Exam.			Exam.			Exam.		
Total heures																		
Jours en centre																		
Jours de PAE																		
Total jours																		

## RÉSERVÉ À TRANSITIONS PRO

Total en jours des frais annexes									
PEC en H									
Remboursement									

## CALENDRIER DE FORMATION (SUITE)

En cas de formation sur plusieurs années, veuillez joindre un calendrier prévisionnel pour la totalité de la durée de la formation.

**PÉRIODES D'INTERRUPTION DE LA FORMATION :** Codes à utiliser dans le calendrier ci-dessous pour indiquer la nature de l'interruption :

A = Congés, vacances, ponts. B = Période d'application en entreprise hors centre de formation (joindre éventuellement une annexe)

année																				
	mois			Nombres d'heures/jour de :			Nombres d'heures/jour de :			Nombres d'heures/jour de :			Nombres d'heures/jour de :			Nombres d'heures/jour de :				
jour	Nombres d'heures/jour de :			Nombres d'heures/jour de :			Nombres d'heures/jour de :			Nombres d'heures/jour de :			Nombres d'heures/jour de :			Nombres d'heures/jour de :				
	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Centre	PAE	Rech. ou FOAD		
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
Total mois	Centre			Centre			Centre			Centre			Centre			Centre			Totaux	
	PAE			PAE			PAE			PAE			PAE			PAE			Centre	
	Rech. ou FOAD			Rech. ou FOAD			Rech. ou FOAD			Rech. ou FOAD			Rech. ou FOAD			Rech. ou FOAD			Rech. ou FOAD	
	Exam.			Exam.			Exam.			Exam.			Exam.			Exam.			Exam.	
Total heures																				
Jours en centre																				
Jours de PAE																				
Total jours																				

### RÉSERVÉ À TRANSITIONS PRO

Total en jours des frais annexes																				
PEC en H																				
Remboursement																				

## PÉRIODE D'APPLICATION EN ENTREPRISE (PAE)

La période d'application en entreprise est-elle réalisée dans l'entreprise du salarié ? Oui  Non

→ Si la période d'application en entreprise se réalise au sein de l'entreprise (même SIREN), il n'y aura pas de prise en charge des salaires et frais annexes.

La prise en charge du stage pratique, dans sa durée totale, nécessite qu'un extrait de référentiel, qui précise le volume d'heures minimal de la PAE soit fourni dans ce dossier. Référentiel fourni, précisant le volume de stage obligatoire : Oui  Non

## TAUX DE RÉUSSITE ET TAUX DE PLACEMENT

Taux de réussite à la certification: Tout public ..... % PTP ..... % Taux de placement: Tout public ..... % PTP ..... %

## BILAN DU POSITIONNEMENT PRÉALABLE

**ADÉQUATION DE L'ACTION DE FORMATION AU PROJET DU DEMANDEUR** (Quel est le projet du demandeur? Comment y répondez-vous?)

Métier visé : ..... Code ROME (ex : D1202) : [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Acquis et connaissances du bénéficiaire : .....

Compétences et savoir-faire transférables: .....

Compétences et savoir-faire à acquérir: .....

Blocs de compétences nécessaires au parcours de formation: .....

Le positionnement préalable (dont le positionnement obligatoire) donne-t-il lieu à :

un maintien  un allongement  une réduction de la durée du parcours par rapport au référentiel

**POSITIONNEMENT PRÉALABLE** réalisé le ...../...../.....

**TABLEAU À RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT**

	Résultats de l'évaluation			Modalités d'évaluation				
	En deça	Conforme	Au-delà	Entretien	Test	Mise en situation	Autres (concours...)	
Connaissances générales								
Connaissances techniques								
Potentiel d'apprentissage aptitudes et capacités								
	NIVEAU		A1	A2	B1	B2	C1	C2
Langues étrangères (Niveaux CECRL - Cadre Européen Commun de Référence pour les Langues)	Niveau évalué en entrée de formation							
	Niveau escompté en sortie de formation							

→ En cas de demande, tenir à disposition de Transitions Pro Île-de-France les résultats des tests.

Aucune condition de sélection

Concours/sélection des candidats

Admis\*

Résultats inconnus

Date des résultats ...../...../.....

\* si oui, joindre le courrier d'admission

Liste d'attente n° .....

Les informations recueillies font l'objet de traitements informatiques destinés à la gestion interne des données et à la réalisation d'enquêtes et de statistiques par Transitions Pro Île-de-France et, éventuellement, un prestataire extérieur. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 20 juin 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant ou vous opposer au traitement de vos données, veuillez adresser un courrier à l'intention de "DPO IDF" à l'adresse de Transitions Pro Île-de-France ou par voie électronique à [dpo@transitionspro-idf.fr](mailto:dpo@transitionspro-idf.fr).

Je soussigné(e), Nom ..... Prénom .....

en qualité de prestataire de formation ou son représentant

- certifie avoir pris connaissance de l'intégralité des Conditions Générales d'Intervention et des priorités consultables sur le site internet de Transitions Pro Île-de-France ([www.transitionspro-idf.fr](http://www.transitionspro-idf.fr)),
- m'engage à respecter les critères définis dans le code du travail et les décrets relatifs à la qualité des actions de la formation professionnelle continue,
- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés dans ce dossier,
- atteste la véracité des éléments renseignés dans le bilan de positionnement.

**N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE VOTRE RIB**

Date ...../...../.....

Cachet et signature

Je soussigné(e), Nom ..... Prénom .....

en qualité de demandeur de financement PTP

- certifie approuver le coût et le contenu du devis de l'action de formation transmis par le prestataire de formation,
- certifie avoir pris connaissance des éléments figurants sur le volet « Prestataire de formation »,
- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés dans ce dossier.

Date ...../...../.....

Signature

Afin d'être en conformité avec la Loi du 5 mars 2014 et le Décret du 30 juin 2015 relatifs à la qualité des actions de Formation Professionnelle Continue, nous vous rappelons que seuls les organismes déclarés référencés sur la plateforme Datadock ([www.data-dock.fr](http://www.data-dock.fr)) peuvent bénéficier d'un financement par Transitions Pro Île-de-France.

En cas d'acceptation de notre Commission Paritaire Interprofessionnelle Régionale (CPIR), le Projet de Transition Professionnelle pourra éventuellement être cofinancé par l'un de nos partenaires.

