

Personnes de votre organisme dispensant des heures de formation		
Personnes extérieures à votre organisme dispensant des heures de formation dans le cadre de contrats de sous-traitance		

F. BILAN PÉDAGOGIQUE : STAGIAIRES BÉNÉFICIAIRE 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		
Personnes en recherche d'emploi bénéficiant d'un financement public.....b		
Personnes en recherche d'emploi bénéficiant d'un financement OPCA.....c		
Particuliers à leurs propres fraisd		
Autres stagiairese		
TOTAL (a + b + c + d + e)(1)		

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 comptea		
Formés par votre organisme pour le compte d'un autre organismeb		
TOTAL (a + b).....(2)		

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		
dont de niveau I et II (licence, maîtrise, master, DEA, DESS, diplôme d'ingénieur).....		
dont de niveau III (BTS, DUT, écoles de formation sanitaire et sociale ...)......		
dont de niveau IV (BAC professionnel, BT, BP, BM...)		
dont de niveau V (BEP, CAP ou CFPA 1 ^{er} degré...)		
Formations visant un certificat de qualification professionnelle (CQP).....b		
Formations visant une certification et/ou une habilitation inscrite à l'inventaire de la CNCP.....c		
Autres formations professionnelles continues.....d		
Bilans de compétence.....e		
Actions d'accompagnement à la validation des acquis de l'expérience.....f		
TOTAL (a + b + c + d + e + f)(3)		

F - 4. SPÉCIALITÉS DE FORMATION		Nombre de stagiaires	Nombre total d'heures de formation suivies par l'ensemble des stagiaires
Cinq principales spécialités de formation (indiquer la spécialité en clair)	Code		
Autres spécialités :			
TOTAL :.....(4)			

G. BILAN PÉDAGOGIQUE : STAGIAIRES DONT LA FORMATION A ÉTÉ CONFIÉE 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 :		

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 :