

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.

RÉSERVÉ À TRANSITIONS PRO

N° de dossier

.....

Date de Commission

.....

PTP CDI STT
 PTP CDD HTT

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

SALARIÉ

Nom d'usage*

Prénom*

* champs obligatoires

ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT DU SALARIÉ

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

Intitulé de la formation :

Date de début *: Date de fin *: Temps plein** Temps partiel*** Continu Discontinu
* hors période d'examen ** ≥ 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
Durée totale	..... heures	..... heures

* 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 3e cycle - Master 2

NATURE DE LA VALIDATION

Diplôme d'État Titre Professionnel Diplôme universitaire Certificat de Qualification Professionnelle (CQP)
Codes RNCP / répertoire spécifique Code(s) CPF :

La formation certifiante est-elle suivie dans son intégralité ? Oui Non
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 (hors examens) 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				ANNÉE				ANNÉE				ANNÉE				ANNÉE			
MOIS				MOIS				MOIS				MOIS				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	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Jour	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Jour	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Jour	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Jour	Centre	PAE	Rech. ou FOAD
1				1				1				1				1			
2				2				2				2				2			
3				3				3				3				3			
4				4				4				4				4			
5				5				5				5				5			
6				6				6				6				6			
7				7				7				7				7			
8				8				8				8				8			
9				9				9				9				9			
10				10				10				10				10			
11				11				11				11				11			
12				12				12				12				12			
13				13				13				13				13			
14				14				14				14				14			
15				15				15				15				15			
16				16				16				16				16			
17				17				17				17				17			
18				18				18				18				18			
19				19				19				19				19			
20				20				20				20				20			
21				21				21				21				21			
22				22				22				22				22			
23				23				23				23				23			
24				24				24				24				24			
25				25				25				25				25			
26				26				26				26				26			
27				27				27				27				27			
28				28				28				28				28			
29				29				29				29				29			
30				30				30				30				30			
31				31				31				31				31			

TOTAL MOIS		TOTAL MOIS		TOTAL MOIS		TOTAL MOIS		TOTAL MOIS		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	
TOTAL HEURES		TOTAL HEURES		TOTAL HEURES		TOTAL HEURES		TOTAL HEURES		TOTAL HEURES	
JOURS EN CENTRE		JOURS EN CENTRE		JOURS EN CENTRE		JOURS EN CENTRE		JOURS EN CENTRE		JOURS EN CENTRE	
JOURS DE PAE		JOURS DE PAE		JOURS DE PAE		JOURS DE PAE		JOURS DE PAE		JOURS DE PAE	
TOTAL JOURS		TOTAL JOURS		TOTAL JOURS		TOTAL JOURS		TOTAL JOURS		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				ANNÉE				ANNÉE				ANNÉE				ANNÉE									
MOIS				MOIS				MOIS				MOIS				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	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Jour	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Jour	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Jour	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Jour	Centre	PAE	Rech. ou FOAD	Jour	Centre	PAE	Rech. ou FOAD		
1				1				1				1				1				1					
2				2				2				2				2				2					
3				3				3				3				3				3					
4				4				4				4				4				4					
5				5				5				5				5				5					
6				6				6				6				6				6					
7				7				7				7				7				7					
8				8				8				8				8				8					
9				9				9				9				9				9					
10				10				10				10				10				10					
11				11				11				11				11				11					
12				12				12				12				12				12					
13				13				13				13				13				13					
14				14				14				14				14				14					
15				15				15				15				15				15					
16				16				16				16				16				16					
17				17				17				17				17				17					
18				18				18				18				18				18					
19				19				19				19				19				19					
20				20				20				20				20				20					
21				21				21				21				21				21					
22				22				22				22				22				22					
23				23				23				23				23				23					
24				24				24				24				24				24					
25				25				25				25				25				25					
26				26				26				26				26				26					
27				27				27				27				27				27					
28				28				28				28				28				28					
29				29				29				29				29				29					
30				30				30				30				30				30					
31				31				31				31				31				31					
TOTAL MOIS				TOTAL MOIS				TOTAL MOIS				TOTAL MOIS				TOTAL MOIS				TOTALS					
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					
TOTAL HEURES				TOTAL HEURES				TOTAL HEURES				TOTAL HEURES				TOTAL HEURES				TOTAL HEURES					
JOURS EN CENTRE				JOURS EN CENTRE				JOURS EN CENTRE				JOURS EN CENTRE				JOURS EN CENTRE				JOURS EN CENTRE					
JOURS DE PAE				JOURS DE PAE				JOURS DE PAE				JOURS DE PAE				JOURS DE PAE				JOURS DE PAE					
TOTAL JOURS				TOTAL JOURS				TOTAL JOURS				TOTAL JOURS				TOTAL JOURS				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 (Obligatoire)

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 deçà	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 1978, 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.

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),
- 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 conserver les éléments liés à la réalisation de chaque module pour attester du suivi de l'action,
- 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 d'un Projet de Transition Professionnelle (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 référencables sur la plateforme Datadock (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.