PARTENAIRE D'AVENIR
TRANSITIONS PRO Île-de-France

SPECIMEN

PTP PROJET DE TRANSITION PROFESSIONNELLE

VOLET PRESTATAIRE DE FORMATION

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

IMPORTANT : veillez 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 IDF

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 ☐

SALARIÉ

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 : .....

Adresse .....

.....

Code postal / Ville |_|_|_|_|_| .....

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Email établissement (obligatoire) .....

Personne à contacter .....

Téléphone contact (ligne directe) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Email contact(obligatoire) .....

SPECIMEN

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

Raison sociale .....

Adresse .....

Code postal / Ville |_|_|_|_|_| .....

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Email .....

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

Raison sociale .....

Adresse .....

Code postal / Ville |_|_|_|_|_| .....

Personne à contacter .....

Téléphone contact |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Email contact .....

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

DURÉES 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
Examen	..... heures	..... heures
Formation en situation de travail (FEST)	..... heures	..... heures
Durée totale	**heures**	**heures**

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

NIVEAU VISÉ À 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 1 ☐ **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 .....

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 ou a-t-elle été réalisée pour réduire le parcours de formation : Prévue ☐ Réalisée ☐

DEVIS

Coût pédagogique total de la formation ..... €*

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 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				ANNÉE			
MOIS				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 :				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				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 IDF

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				ANNÉE			
MOIS				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 :				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		TOTAL MOIS		TOTAUX	
Centre		Centre		Centre		Centre		Centre		Centre		Centre	
PAE		PAE		PAE		PAE		PAE		PAE		PAE	
Rech. ou FOAD		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		TOTAL HEURES	
JOURS EN CENTRE		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		JOURS DE PAE	
TOTAL JOURS		TOTAL JOURS		TOTAL JOURS		TOTAL JOURS		TOTAL JOURS		TOTAL JOURS		TOTAL JOURS	

RÉSERVÉ À TRANSITIONS PRO IDF

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 ◯

À noter : si la période d'application en entreprise est suivie au sein de l'entreprise (même SIREN), il n'y aura pas de prise en charge des salaires et des frais annexes.

La prise en charge du stage pratique, dans sa durée totale, nécessite qu'un extrait de référentiel (précisant 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 de la certification : Tout public ..... % PTP ..... %

Taux de placement : Tout public ..... % PTP ..... %

BILAN DU POSITIONNEMENT PRÉALABLE (Obligatoire)

Référent pédagogique :

Nom/Prénom .....

Fonction .....

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail .....

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) |_|_|_|_|_|

Formation initiale/continue du bénéficiaire :

Année	Intitulé de la formation
|_|_|_|_|	.....
|_|_|_|_|	.....
|_|_|_|_|	.....
|_|_|_|_|	.....

Expériences professionnelles en lien avec le métier visé :

Année	Expérience
|_|_|_|_|	.....
|_|_|_|_|	.....
|_|_|_|_|	.....
|_|_|_|_|	.....

Qualités, aptitudes existantes et transférables par rapport au métier visé, préciser :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Analyse du positionnement pédagogique

	Résultat de l'évaluation du stagiaire	Modalités d'évaluation du stagiaire					Durée du parcours		
Intitulé : modules /unités/ blocs/ séquences	Acquis en lien avec le référentiel*	Entretien (O/N)**	Test (O/N)**	Mise en situation (O/N)**	Autres (O/N)**	Si « Autres » Précisez	Durée du réf. de la formation	Durée proposée	Indiv. proposée
Connaissances générales transverses									
							h	h	h
							h	h	h
							h	h	h
							h	h	h
							h	h	h
Compétences techniques / métier									
							h	h	h
							h	h	h
							h	h	h
							h	h	h
							h	h	h
Période d'application en entreprise (si le référentiel de la certification ne prévoit pas de durée minimale en entreprise, limitation de 30 % sur la rémunération)							h	h	h
TOTAL							h	h	h

Consignes de saisie : * Mentionner : «**NA**» = Non Acquis - «**PA**» = Partiellement Acquis - «**A**» = Acquis
** Mentionner : «**O**» = Oui - «**N**»= Non

Allégement réglementaire / VAE partielle / VAP ? Oui ☐ Non ☐ Non concerné ☐

Le cas échéant, besoins d'AMÉNAGEMENT/INDIVIDUALISATION DU PARCOURS au regard du référentiel de la formation : Oui ☐ Non ☐ Non concerné ☐
(individualisation susceptible de ne pas pouvoir être prise en charge et sera soumise à la décision de la Commission paritaire)

Le bénéficiaire a-t-il une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé ? Oui ☐ Non ☐

Modalités pédagogiques

Modalités pédagogiques	Moyens techniques prévus adaptés aux besoins du bénéficiaire	Durée prévue
Présentiel		h
FOAD Synchrone		h
FOAD Asynchrone		h
AFEST		h
Travail personnel (non pris en charge par Transitions Pro IDF)		h

ARGUMENTAIRE JUSTIFIANT LA PROPOSITION DE PARCOURS, LA DURÉE

.....

.....

.....

.....

.....

Admission

Aucune condition de sélection ☐

Concours/sélection des candidats : Admis* ☐ Résultats inconnus ☐ Date des résultats ...../...../.....
* si admis, joindre le courrier d'admission

Liste d'attente n° .....

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

Important : en cas de demande, tenir les résultats des tests à la disposition de Transitions Pro Île-de-France.

LE PRESTATAIRE DE FORMATION

Je soussigné(e), Nom ..... Prénom .....
en qualité de prestataire de formation ou de son représentant,

- **certifie avoir pris connaissance de l'intégralité des Conditions Générales d'Intervention (CGI) 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,**
- **affirme 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 : Signature :

LE SALARIÉ

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 la 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

Informations :

1 - Afin d'être en conformité avec le décret n°2019-564 du 06 juin 2019 relatifs à la qualité des actions de formation professionnelle, nous vous rappelons que le financement de Transitions pro Île-de-France est conditionné à l'obtention par l'organisme de formation de la certification « **Qualiopi** » délivrée par un organisme certificateur accrédité par le COFRAC ou par une instance de labellisation reconnue par France Compétences.

2 - 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**.