

FORMULAIRE D'ANALYSE DES BESOINS EN FORMATION
EPSAN –Organisme de formation - actions formations courtes DFC

V1 - 07.09.2023

Nom :.....**Prénom**:.....

Fonction :.....

Email d'entreprise :.....@.....

Téléphone d'entreprise :.....

Coordonnées du correspondant formation (mention obligatoire)

.....
.....

Tél. :

Vous êtes (Nécessaire)

- ENTREPRISE / ETABLISSEMENT/ASSOCIATION
- PARTICULIER

Comment avez-vous eu connaissance de notre organisme de formation ? (obligatoire)

- Site internet de l'EPSAN
- Réseaux sociaux
- Connaissances professionnelles (collègues, clients...)
- Connaissances personnelles
- Catalogue de formation
- Réunion d'information
 - Précisez le cas échéant la réunion :
- Mailing de l'organisme de formation
- Autre :

Quel type de formation vous intéresse ? (obligatoire)

- Premiers secours en santé mentale (PSSM)
- Prise en charge des conduites agressives (PECCA)
- Autisme et insertion professionnelle
- Autre besoin surmesure :

.....
.....

Quelle modalité souhaitée ? (obligatoire)

- INTRA
- INTER Avez-vous déjà choisi une date ?

A qui est destinée cette formation ? (obligatoire)

- Vous-même
- Un ou plusieurs personnes que vous souhaitez inscrire

Quel type de public est concerné ? Quel nombre ? (obligatoire)

.....
.....

HANDICAP

L'EPSAN est particulièrement sensible à l'accessibilité de ses formations à tous et à l'intégration des personnes en situation de Handicap. Faut-il prendre en compte une situation de handicap parmi les participants ? (obligatoire)

- NON
- OUI

Si OUI, pour toute situation particulière et besoin en aménagement d'un apprenant, un échange préalable confidentiel et individuel avec notre référent handicap anne.weber@ch-epsan.fr (03.88.64.77.20) pourra être organisé afin d'étudier les possibilités de compensation disponibles. Dans ce contexte merci de nous alerter sur toute singularité de santé ou d'apprentissage. Il sera également possible d'échanger avec le formateur/coordonnateur pédagogique qui est en lien permanent avec notre référent handicap

Quelle(s) compensation (s) du handicap souhaitez-vous ?

.....
.....

OBJECTIF : Quel(s) point(s) fort(s) de votre activité souhaitez-vous améliorer ou développer ? Quel(s) dysfonctionnement(s) souhaitez-vous réduire ? (obligatoire)

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

OBJECTIF DE FORMATION : Quelle(s) compétence(s) sera (seront) nécessaire(s) en situation professionnelle ? (obligatoire)

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

OBJECTIFS OPERATIONNELS DE FORMATION

Qu'est-ce que la (les) personne(s) concernée(s) devra (devront) savoir-faire en rentrant de formation ? (obligatoire)

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

Date de mise en place du projet ? (obligatoire)

.....
.....

Nous vous remercions de l'attention portée à ce formulaire d'analyse des besoins en formation. La date d'exécution de la prestation sera fixée après l'entretien d'analyse de vos besoins et l'établissement d'un devis.