*Vous envisagez de vous former ou former vos salariés et souhaitez obtenir des informations sur notre offre de formation et ses conditions d’accès, nous vous invitons à compléter ce formulaire afin d’adapter au mieux notre proposition selon vos besoins. L’équipe formation de l’ARAPL Provence et Var vous recontactera dans les plus brefs délais.*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l'entreprise :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Localité de l'établissement :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  N° adhérent : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Nom et prénom du demandeur :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Qualité du demandeur :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fonction :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Courriel :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Contexte du projet :**

*Indiquez succinctement dans quel cadre s’inscrit votre projet de formation, notamment les raisons qui conduisent au lancement de ce projet de formation.*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Caractéristiques du projet\* :**

*Indiquez les principaux éléments en votre possession du type : domaine ou thématique de formation, budget alloué, profil des futurs apprenants (dont leur fonction ou service) et leur niveau par rapport aux objectifs de compétences à acquérir. Lieu de la formation envisagé pour toute demande de formation INTRA entreprise.*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Objectifs de compétences de la formation\* :**

*(Être capable de .....)*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Nombre de personnes à former\* :**

*Indiquez (approximativement) le nombre de stagiaires prévus pour votre projet*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Stagiaire(s) en situation de handicap :**

*Si l’entrée en formation d’un stagiaire nécessite une adaptation spécifique, merci de l’indiquer dès à présent. Un référent handicap vous contactera pour étudier la faisabilité de la formation et vous proposer des adaptations possibles.*

Oui

Non

Je ne sais pas

**Les modalités d'intervention envisagées\* :**

*Sous quelle forme souhaitez-vous que les participants assistent à la ou les session(s) de formation souhaitée(s) ?)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Présentiel | A distance *(distanciel synchrone)* | Les deux | Je ne sais pas |

*Attention, les formations des SST ne sont disponibles qu'en 100% présentiel (exigence du référentiel INRS)*

**La thématique envisagée a-t-elle fait l'objet d'une formation similaire précédemment ? \***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Je ne sais pas |

**Motivations à la genèse de votre projet ?**

Une demande en provenance des collaborateurs

Un besoin interne de montée en compétences sur le sujet

Autre (à préciser) :

**Votre projet fera-t-il l’objet d’une demande de financement lié à la formation professionnelle continue ?**

Oui

Non

Nous vous remercions du temps passé pour répondre à ce questionnaire. Si vous souhaitez nous faire part de tout commentaire ou remarque, vous pouvez les exprimer dans l'encadré ci-dessous :

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

*\*N’hésitez pas à préciser le maximum d’informations nécessaires à l’étude de votre demande*