|  |  |
| --- | --- |
|  | Analyse et gestion de besoin |
|
| Version |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date de l’entretien: | Entreprise/Particulier : | |
| Nom du client : | Téléphone : | |
| Adresse du client : | Mail : | |
| Thème souhaité: | Formation catalogue  Formation sur mesure | |
| Date/Période souhaitée : | |
| Besoin du client / Objectifs de la formation : (peut inclure approfondissement, rappels, etc.)  1/ Compétences  2/ Contenu de formation  3/ Niveau de pratique actuel (évaluation des prérequis)  4/ Besoins de la société  5/ Commentaires | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de stagiaires : 1 | Profils des stagiaires : |
| Situation de handicap : Non  Si oui | Contraintes liées aux postes : |
| Financeur :  entreprise  stagiaire  organisme paritaire :…………………………………………………….. | |

*La proposition :*

|  |  |
| --- | --- |
| Validation d’une formation catalogue :  Oui / Non | Rédaction d’une proposition de programme sur mesure :  Oui / Non |
| Nom de la formation/Référence : | Validation du programme de formation :  Oui / Non |
| Envoi d’un devis  Date : | |
| Acceptation du devis  Date : | |