|  |  |
| --- | --- |
|  | *V2022*  DEMANDE D’HABILITATION  A PREPARER A UNE  CERTIFICATION PROFESSIONNELLE  DE LA NOUVELLE-CALEDONIE |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A - CERTIFICATION VISEE PAR LA DEMANDE** | | | | | | | | | |
| **INTITULE** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **NIVEAU** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B - ORGANISME DEMANDEUR** | | | | | | |
| **1ère DEMANDE  RENOUVELLEMENT** | | | | | | |
| ⇩  ***Référence de votre dernier arrêté d’habilitation*** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **RAISON SOCIALE** | | | | |
|  | | | | | |
| **Numéro d’enregistrement DFPC** | | | 988/ | | |
| **ADRESSE PHYSIQUE** | | | | |
|  | | | | |
| **ADRESSE POSTALE** | | | | |
|  | | | | |
| **COORDONNEES DE L’ORGANISME** | | | | |
| **TEL** |  | **COURRIEL** | |  |
| **SITE INTERNET** | |  | | |
| **RESPONSABLE DE L’ORGANISME (Nom et fonction**) | | | | |
|  | | | | |
| **TEL** |  | **COURRIEL** | |  |
| **PERSONNE EN CHARGE DE LA DEMARCHE D’HABILITATION (Nom et fonction)** | | | | |
|  | | | | |
| **TEL** |  | **COURRIEL** | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C - VOIES D’ACCES A LA CERTIFICATION PROPOSEES** | | |
| **VOIE D’ACCESS** | FORMATION VAE | |
| **PUBLIC VISE PAR LA FORMATION** | Formation initiale  Formation en alternance  Formation professionnelle continue | |
| **TYPE D’ORGANISATION PEDAGOGIQUE** | En continu  Modulaire | Présentiel FOAD  Mixte |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D - DESCRIPTION DE LA FORMATION**  (à détailler dans le référentiel de formation) | | | | | | | |
| **PRE-REQUIS POUR L’ENTREE EN FORMATION** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **LIEU(X) DE FORMATION** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **DESCRIPTION DU PLATEAU TECHNIQUE**  (joindre la liste détaillée des équipements disponibles) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **MOYENS MIS EN ŒUVRE EN CAS DE FOAD** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **AUTRES RESSOURCES MISES A DISPOSITION DES STAGIAIRES** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **NOMBRE MAXIMUM DE STAGIAIRES PAR SESSION** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **RESPONSABLE PEDAGOGIQUE** | | | | | | |
| **RESPONSABLE PEDAGOGIQUE** | NOM Prénom | | |  | | |
| Tel | | |  | | |
| Courriel | | |  | | |
| **ORGANISATION DE LA**  **COORDINATION PEDAGOGIQUE** | | | |  | | |
| **FORMATEURS ET AUTRES INTERVENANTS**  (compléter la liste détaillée en page 4) | | | | | | | |
| **FORMATEURS** | | |  | | | | |
| **INTERVENANTS PROFESSIONNELS** | | |  | | | | |
| **AUTRES INTERVENANTS** | | |  | | | | |
| **MODALITES D’EVALUATION EN COURS DE FORMATION** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **MODALITES DE L’ACCOMPAGNEMENT DES STAGIAIRES** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **POUR LES FORMATIONS PAR ALTERNANCE** | | | | | | | |
|  | | | | | **En heures** | **En semaines** | |
| **DUREE DE FORMATION** | | **Durée en centre** | | |  |  | |
| **Durée en entreprise** | | |  |  | |
| **RYTHME D’ALTERNANCE** | |  | | | | | |

| **ORGANISATION PEDAGOGIQUE STANDART** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Séquence (module)** | | **Durée** | | | **Nombre de formateurs ou intervenants** | **Modalité d’organisation** | **Modalités d’évaluation** |
| **N°** | **Intitulé** |
| **Centre** | **Entreprise** | **Totale** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

| **FORM****ATEURS** | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM Prénom** | **N° agrément** | **Diplôme technique le plus élevé** | **Durée Expérience prof[[1]](#footnote-1)** | **Formation pédagogique** | **Lien juridique avec l’organisme[[2]](#footnote-2)** | **Type de contrat de travail[[3]](#footnote-3)** | **N° des séquences** | **Durée totale d’intervention** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **E – ORGANISATION DE L’ACCOMPAGNEMENT VAE**  **(joindre un descriptif de la méthodologie et des outils mis en œuvre)** | | | | | | | | | | |
| **DUREE MOYENNE DE L’ACCOMPAGNEMENT** | | | |  | | | | | | |
| **ACCOMPAGNATEURS VAE** | | | | | | | | | | |
| **NOM Prénom** | | | | **Date habilitation par la DFPC** | | | **Lien juridique[[4]](#footnote-4) avec l’organisme** | | | |
|  | | | |  | | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | | | |
| **F - ORGANISATION DES EXAMENS** | | | | | | | | | | | |
| **LIEU D’EXAMEN** | |  | | | | | | | | | |
| **MOYENS MIS A DISPOSITION** | | Locaux | | |  | | | | | | |
| Equipements | | |  | | | | | | |
| Matières d’œuvre | | |  | | | | | | |
| **REFERENT** | | NOM Prénom | | |  | | | | | | |
| Tél | | |  | | | | | | |
| Courriel | | |  | | | | | | |
| **AUTRES INFORMATIONS** | |  | | | | | | | | | |
| **CALENDRIER PREVISIONNEL** | | | | | | | | | | | |
| **Formation** | | | **Session d’examen** | | | | | **Observation** | | | |
| Date début | Date Fin | | Date début | | | Date Fin | |
|  |  | |  | | |  | |  | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | | |
| **G - SUIVI DE L’INSERTION DES DIPLÔMES** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **H - FINALISATION DU PARCOURS DES CANDIDATS VALIDES PARTIELLEMENT** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **I - AUTRES INFORMATIONS UTILES A L’INSTRUCTION** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| A Le  **NOM ET QUALITE DU SIGNATAIRE**  Signature et Cachet de l’organisme |

1. *en lien avec le métier couvert par la certification* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Salarié / gérant / sous-traitant* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Pour les formateurs salariés : CDD ou CDI, à temps plein ou à temps partiel ; si temps partiel, pourcentage ou volume horaire annuel* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Salarié / gérant / sous-traitant* [↑](#footnote-ref-4)