|  |  |
| --- | --- |
|  | *V2022*DEMANDE D’HABILITATIONA PREPARER A UNE CERTIFICATION PROFESSIONNELLEDE 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 techniquele 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 habilitationpar 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)