

BESOINS CLIENT

▪ Informations Client statut **PROFESSIONNEL**

Société :	
Adresse :	
Date de l'analyse :	

Nom et prénom du responsable :

Nom et prénom du gestionnaire de la formation :

@ du gestionnaire de la formation :

Téléphone du gestionnaire de la formation :

▪ Nature de la formation : **INTRA/INTER** **PRESENTIEL/DISTANCIEL**

▪ Lieu de la formation

<input type="checkbox"/> site client ou <input type="checkbox"/> Site	<input type="checkbox"/> à distance
Adresse si différente de l'adresse Client :	Mode de connexion :
Nom de la salle :	
Equipement : <input type="checkbox"/> Ordinateur portable <input type="checkbox"/> Matériel de coiffure	

▪ Date et durée de la formation

Nombre de jours de formation à dispenser (base 7 heures par jour) :

Compléter le tableau ci-dessous ou préciser la plage du ... au ...

Date	Thème de la formation	Formateur

Financement : (Rayer mention inutile)

OPCO

ENTREPRISE

FRANCE TRAVAIL

Quel est votre besoin vis-à-vis de cette formation :

- Avez-vous déjà suivi ce type de formation ?-OUI / NON
- Qu'attendez-vous de cette formation ?
 - ☐ Acquisition des compétences des stagiaires
 - ☐ Adaptation des compétences des stagiaires
 - ☐ Entretien compétences des stagiaires
 - ☐ Développement des compétences des stagiaires
- Quels sont vos enjeux opérationnels ?

▪ **Positionnement des stagiaires**

Nombre de stagiaires :

Nom	Prénom	Situation de handicap * Oui/Non	Niveau du stagiaire
		<input type="checkbox"/> Non / Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Débutant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Confirmé
		<input type="checkbox"/> Non / Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Débutant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Confirmé
		<input type="checkbox"/> Non / Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Débutant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Confirmé
		<input type="checkbox"/> Non / Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Débutant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Confirmé

***Si l'un de vos collaborateurs est en situation de handicap merci de contacter notre secrétariat ceci afin d'adapter au mieux sa formation.**

Dans le cadre de cette formation quelles sont les objectifs attendus pour les stagiaires :

-
-
-

**Besoins spécifiques
éventuels :** _____

Les supports de formation sont disponibles en format numérique et en version imprimable