

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