



FICHE D'EXPRESSION DU BESOIN

Nom et prénom du Contact :	
Adresse	
Raison sociale et activité de l'entreprise :	

Domaine de formation recherché	
Gestion du risque malveillance	Sécurisation Entreprise <input type="checkbox"/> Prévention du risque terroriste <input type="checkbox"/> Formation Responsable de la Sécurité <input type="checkbox"/>
Sécurité Incendie	Evacuation <input type="checkbox"/> Equipier de 1 ^{ère} Intervention <input type="checkbox"/>
Secourisme	SST Initial <input type="checkbox"/> MAC SST (recyclage tous les 2 ans) <input type="checkbox"/> Utilisation du Défibrillateur <input type="checkbox"/>
Certification Qualiopi	Sensibilisation Certification Qualiopi <input type="checkbox"/> Formation Certification Qualiopi <input type="checkbox"/>
Formation sur mesure	Un programme adapté à votre activité sera constitué ensemble Sécurité <input type="checkbox"/> Sûreté <input type="checkbox"/> Santé-Sécurité au Travail <input type="checkbox"/>

Objectifs et Public	
Objectifs poursuivis (Objectifs de changement, compétences à acquérir,)	Maintien des compétences liée à une obligation règlementaire <input type="checkbox"/> Evolution dans le métier de la sécurité/ sûreté <input type="checkbox"/> Extension de compétences <input type="checkbox"/> Changement de métier ou de spécialité <input type="checkbox"/> Sensibilisation du personnel à la suite d'une nouvelle organisation <input type="checkbox"/> Autre- veuillez préciser ? _____
Public concerné	Employé <input type="checkbox"/> Agent de maîtrise <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Intérimaire <input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> Personne en Situation de Handicap <input type="checkbox"/> Lequel :..... Personne à Mobilité Réduite <input type="checkbox"/>
Envisagez-vous une période pour la réalisation (ou des dates précises) ?	Sans préférence <input type="checkbox"/> Hors vacances scolaires <input type="checkbox"/> Précision d'une période souhaitée : Du..... au..... <input type="checkbox"/>



FICHE D'EXPRESSION DU BESOIN

Méthodes pédagogiques	
Quels matériels/mesures spécifiques auriez-vous besoin pour assurer votre formation ?	<hr/> <hr/>
Pour assurer la meilleure qualité possible de notre formation, la méthode pédagogique est uniquement en présentiel. Quel lieu de formation vous convient pour effectuer la formation ?	Ville : _____ Locaux : Salle de location <input type="checkbox"/> Salle en entreprise <input type="checkbox"/>
Compte-tenu des prérequis de la formation, pensez-vous avoir des manques ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui lesquels ? _____

Numéro de téléphone : _ / _ / _ / _ / _ . Adresse @mail:.....

Date : Signature :