DOSSIER DE CANDIDATURE

Formation à destination des établissements médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap sur la thématique « vie affective, relationnelle et sexuelle »

1 – ORGANISME DE FORMATION

Raison Sociale :	
Adresse :	
N° SIRET :	
N° de déclaration d'activité :	
Téléphone :	
Mail :	
Statut :	
Représentant légal (indiquer le nom, le prénom et la fonction) :	

2 – PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER

Nom, Prénom :	
Fonction :	
Téléphone :	
Mail :	

3 – DESCRIPTION DU PROJET DE FORMATION EN DETAILLANT LES 4 PHASES EN FONCTION DU PUBLIC (ENFANTS/ADOLESCENTS – ADULTES)

Contenus, méthodes et moyens pédagogiques proposés :

4- PLANNING PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE PAR TERRITOIRE SUR TROIS ANNEES AVEC IDENTIFICATION DES PHASES DU PROJET

5- PRESENTATION DU PRESTATAIRE, NOTAMMENT SON EXPERIENCE DANS LE DOMAINE AU COURS DES DEUX DERNIERES ANNEES AVEC DOCUMENTS A L'APPUI

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

6- PROFIL DES INTERVENANTS AVEC LEUR CV

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

7- MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION

8 – BUDGET PREVISIONNEL TOTAL AVEC DECLINAISON ANNUELLE

9 – ATTESTATION SIGNEE DU REPRESENTANT LEGAL DE L'ORGANISME DE FORMATION

Je soussigné (nom, prénom)
……

Représentant légal de (nom de l'organisme de formation)
…….

M'engage à :

- mettre en œuvre la formation conformément aux informations contenues dans le présent cahier des charges ;
- transmettre les dates d'action de formation à l'ARS Bretagne, trois mois avant le début de l'action de formation ;
- répondre à l'évaluation, et à des demandes ultérieures de participation à des enquêtes relatives à l'impact de la formation.

Fait à ……, le ……

Signature

Indiquer les nom, prénom, fonction du signataire

Si le dossier n'est pas signé par le représentant légal, joindre le pouvoir donné par ce dernier au signataire