|  |
| --- |
| K:\Travail CRA\Travail perso sur procédure\Kit Logo\logo NA Horizontal\jpg\logo_NA-Horizontal_Coul.jpg |

**Fiche de synthèse par bénéficiaire**

**------------------------------------------------------------------------------**

***A ADRESSER***

***1/ AU PRESCRIPTEUR AVANT L’ENGAGEMENT DU SUIVI POST-FORMATION***

***2/ PUIS AU SERVICE GESTION QUALITE DE L’OFFRE DE FORMATION AVEC LE COMPTE-RENDU D’EXECUTION***

Nom de l’organisme : ....................................................................................................

Intitulé du marché : .......................................................................................................

Numéro du marché : .....................................................................................................

**Nom/prénom du stagiaire :** ........................................................................................

Structure d’accueil de rattachement : ...........................................................................

Nom du conseiller référent : .........................................................................................

**Mise en oeuvre du parcours de formation**

**Prescription initiale** (Objectif du parcours de formation) :

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

**Parcours réalisé :**

Durée du parcours : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ heures

Date d’entrée et de sortie : du /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ au /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Motif de sortie (en cas de rupture) :

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

**Individualisation du parcours en centre et modalités pédagogiques spécifiques**: ........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

**Stages individualisés en entreprise :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **dates** | **lieux** | **Objectifs individualisés** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Validation des compétences**:

Certification obtenue : ……………………………………………………………………………………………….

□Totalité □ Partiellement □non obtenue □va se représenter

En l’absence de certification, compétences validées : A bien renseigner dans EOS

|  |  |
| --- | --- |
| *Situation à la sortie de la dernière session*  *Fin de parcours* |  |
| *Projet Professionnel Réactualisé* | *□ Suite de parcours □ Emploi □ Emploi avec formation*  *Merci de détailler (type de formation, nature du contrat…) :*  *………………………………………………….…..………….*  *…………………………………………………………..………*  *□ Autre (préciser)………………………………………………*  *Observations :* |

|  |
| --- |
|  |

***OFFRE DE SERVICE PAR L’ORGANISME POUR LE STAGIAIRE***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Domaine d’intervention | Objectifs visés par le stagiaire | Contacts à prendre | Echéances |
| FORMATION |  |  |  |
| EMPLOI |  |  |  |

***Précautions de mise en oeuvre : ce document contient des éléments qui ne peuvent être communiqués au prescripteur qu’avec l’accord express du stagiaire matérialisé par sa signature apposée au bas du document.***

Date et lieu :

**Signatures du représentant de l’Organisme de formation et du stagiaire**