**Certificat de Qualification Professionnelle**

**« Délégué à l’information et à la promotion du médicament vétérinaire »**

**HABILITATION DES ORGANISMES DE FORMATION EXTERNES**

**DOSSIER TECHNIQUE DE PREMIERE HABILITATION**

Organisme de formation :

Date de présentation du dossier :

Récapitulatif de la demande d’habilitation : cocher les cases qui font l’objet de la présente demande.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CQP/ Prestations** | **VAE / Formation Continue** | **Contrat de professionnalisation** | **Région d’habilitation le cas échéant** |
| Délégué à l’information et à la promotion du médicament vétérinaire |  |  |  |

**LISTE DES PIECES A FOURNIR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A fournir à la CPNEIS** | **Pièce présente** | **Pièce non présente** | **Commentaire** |
| Extrait K bis ou déclaration à la préfecture (associations) |  |  |  |
| Numéro de déclaration d'existence ou dossier d’autorisation du Rectorat ou du Ministère de l’Education Nationale |  |  |  |
| Composition du Conseil d’Administration et du Conseil de Perfectionnement |  |  |  |
| Règlement intérieur régissant les relations entre l'organisme de formation et les stagiaires |  |  |  |
| Outils de suivi des personnes formées et de liaison entre l’entreprise et l’organisme de formation pour les formations en contrat de qualification |  |  |  |
| Tout document publicitaire concernant les CQP |  |  |  |
| Exemples de support de formation |  |  |  |
| Exemples d’outils d’évaluation |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |

**I- IDENTITE ET ACTIVITE DE L'ORGANISME DE FORMATION**

1 – Identité :

Nom et coordonnées de l'organisme de formation :

Personnalité juridique de l'organisme :

Date de création de l'organisme :

##### Nom du (des) dirigeant(s) :

Nom et coordonnées du responsable administratif (pour les CQP) :

##### Nom et coordonnées du responsable pédagogique :

Nombre de salariés permanents :

Nombre de formateurs permanents :

2 – Activité :

Activités actuelles de l'organisme de formation et répartition de ces activités en % :

Domaines des formations dispensées par l'organisme :

3 – Locaux et équipements :

Nombre et surface des salles de cours :

##### Présence d’un centre de ressources et de documentation :

Ouverture aux stagiaires :

Equipement audio-visuel :

##### Equipement informatique :

##### 

Equipement technique :

4 – Personnel :

Répartition du nombre de formateurs :

* En CDI temps plein
* En CDI temps partiel
* En CDD
* Autres

Existence d’un plan de formation de formateurs :

Contenu :

##### 

##### % de la masse salariale consacrée à la formation de formateurs

**II- VAE et formation continue**

1- Région(s) d'habilitation

2- Expériences et références de l’organisme de formation dans les domaines suivants :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Domaine d’intervention* | *Entreprise(s)* | *Année(s)* | *Publics et effectifs concernés* |
| Evaluation des compétences |  |  |  |
| Accompagnement de projets de développement de compétences auprès des entreprises des industries de santé |  |  |  |
| Accompagnement de projets de développement de compétences dans d’autres secteurs |  |  |  |
| Formations intra-entreprise dans les différents domaines de formation associés aux CQP : |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |

3 – Traitement de la demande de l’entreprise :

##### Modalités prévues :

##### Expérience et qualification du personnel assurant le traitement de la demande, le conseil auprès des entreprises et la rédaction des offres :

4 – Repérage préalable des compétences :

##### Coût de la journée / d’un entretien :

##### 

##### Durée et contenu :

##### Modalités prévues :

##### Accompagnement de l’entreprise prévu :

##### **Qualification du ou des évaluateurs intervenant pour le repérage préalable des compétences :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Repérage des compétences pour le CQP suivant :* | *Nom du ou des évaluateurs intervenant* | *Qualification et expérience professionnelle (dans le domaine du métier et dans le domaine de l’évaluation des compétences)* | *Formations suivies (ex : techniques d’entretien…)* | *Statut au sein de l’organisme (CDD/CDI /vacataire)* |
| Délégué à l’information et à la promotion du médicament vétérinaire |  |  |  |  |

5 – Conception et organisation des actions de formation :

##### Modalités prévues pour la définition des compétences à acquérir :

##### Modalités prévues pour l’élaboration des modules de formation :

##### Expérience et qualification du personnel assurant la conception des actions de formation et l’ingénierie pédagogique :

##### Modalités prévues pour affecter les intervenants et les moyens nécessaires à la réalisation de l’action de formation :

##### Modalités prévues pour assurer le suivi de la formation, la coordination avec l’entreprise et le traitement des difficultés rencontrées :

##### Modalités prévues pour l’information, la formation et l’accompagnement des différents acteurs au sein de l’entreprise :

##### Modalités prévues pour l’organisation éventuelle du dispositif de sous-traitance :

6 – Modalités de réalisation de l’action de formation :

##### Coût de la journée :

##### Effectif maximum des groupes :

##### Architecture globale du parcours de formation :

##### Modalités pédagogiques du CQP :

7 - Evaluation finale des compétences - acquises par l’expérience ou la formation :

##### Coût de la journée / d’un entretien :

##### 

##### Durée et contenu :

##### Modalités prévues :

##### Accompagnement de l’entreprise prévu :

##### **Qualification du ou des évaluateurs intervenant pour l’évaluation des compétences :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Evaluation des compétences pour les CQP suivants :* | *Nom du ou des évaluateurs intervenant* | *Qualification et expérience professionnelle (dans le domaine du métier et dans le domaine de l’évaluation des compétences)* | *Formations suivies* | *Statut au sein de l’organisme* |
| Délégué à l’information et à la promotion du médicament vétérinaire |  |  |  |  |

**III- Formation en contrat de professionnalisation**

1- Région(s) d'habilitation

2- Expériences et références de l’organisme de formation dans les domaines suivants :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Domaine d’intervention* | *Actions réalisées* | *Année(s)* | *Publics et effectifs concernés* |
| Organisation et coordination d’actions de formation en contrat en alternance dans le secteur des entreprises des industries de santé |  |  |  |
| Organisation et coordination d’actions de formation en contrat en alternance dans d’autres secteurs |  |  |  |
| Formations de publics externes (jeunes ou adultes) dans les différents domaines de formation associés aux CQP : |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |

3 – Montage et organisation de l’action de formation :

##### Modalités prévues pour le montage de l’action de formation avec les entreprises concernées :

##### Expérience et qualification du personnel assurant le montage de l’action de formation, la conception des actions et l’ingénierie pédagogique:

##### Modalités prévues pour l’élaboration des modules de formation :

##### Modalités prévues pour affecter les intervenants et les moyens nécessaires à la réalisation de l’action de formation :

##### Modalités prévues pour l’organisation éventuelle du dispositif de sous-traitance :

##### Modalités prévues pour assurer le suivi de la formation, la coordination avec les entreprises et le traitement des difficultés rencontrées :

##### Modalités prévues pour l’information, la formation et l’accompagnement des différents acteurs au sein de l’entreprise :

4 – Modalités de réalisation de l’action de formation :

Effectif maximum des groupes :

##### Coût de la journée :

**Modalités envisagées de recrutement et de suivi des personnes en formation :**

* Modalités de sélection des publics formés
* Modalités d'accueil des publics formés
* Modalités de suivi des publics formés durant les périodes en centre de formation
* Modalités concernant l'émargement et les absences

**Organisation prévue de la formation et de l’alternance :**

* Alternance prévue
* Modalités d'articulation entre la formation et les situations professionnelles
* Organisation prévue pour le suivi des formés durant les périodes en entreprise et modalités de coordination avec les tuteurs
* Modalités d'information des tuteurs proposées à l’entreprise

**Organisation prévue pour l’évaluation :**

* Mode d’utilisation des outils d’évaluation de branche
* Mode de participation à l’évaluation en entreprise

**Moyens mis en œuvre pour assurer le suivi des stagiaires post-formation :**

7 - Evaluation finale des compétences acquises par la formation :

##### Coût de la journée :

##### 

##### Durée et contenu :

##### Modalités prévues :

##### Accompagnement de l’entreprise prévu :

##### **Qualification du ou des évaluateurs intervenant pour l’évaluation des compétences :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Evaluation des compétences pour les CQP suivants :* | *Nom du ou des évaluateurs intervenant* | *Qualification et expérience professionnelle (dans le domaine du métier et dans le domaine de l’évaluation des compétences)* | *Formations suivies* | *Statut au sein de l’organisme* |
| Délégué à l’information et à la promotion du médicament vétérinaire |  |  |  |  |

**IV- Equipe pédagogique**

1 – Récapitulatif des informations concernant l’équipe pédagogique :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nom du formateur* | *Domaine(s) d’intervention (repérage des compétences - évaluation des compétences – formation dans tel domaine)* | *Qualification)* | *Statut (CDD, CDI, vacataire, …)* | *Expérience professionnelle* | *Formations suivies* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

2 - Informations concernant les responsables de l’organisme de formation (encadrement de l’équipe pédagogique, organisation des actions de formation, …)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nom du responsable* | *Domaine(s) de responsabilité / Fonction* | *Qualification* | *Statut (CDI, CDD, …)* | *Expérience professionnelle* | *Formations suivies* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

3 - Informations concernant le dispositif éventuel de sous-traitance

(Partenariat avec d’autres organismes de formation pour certains modules)

Présentation de l’organisme partenaire :

Domaine(s) d’intervention :

Conditions d’intervention :

* Coordination
* Procédures et moyens mis en œuvre pour garantir la qualité de l’intervention

**Présentation des intervenants de l’organisme partenaire :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nom du*  *formateur* | *Domaine(s) d’intervention (repérage des compétences - évaluation des compétences – formation dans tel domaine)* | *Qualification(fonction ?)* | *Statut* | *Expérience professionnelle* | *Formations suivies* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |