**ANALYSE DES BESOINS - FORMATION CONTINUE**

**DATE RECEPTION DEMANDE :**

**REFERENT :**

**COORDONNEES CLIENT :**

Rencontre directe □

Contact Tél □

Contact mail □

Appel d’Offre □

Autre :

**Quelle est l’action de formation souhaitée ?**

**Quels sont les objectifs ? (Objectifs opérationnels)**

**Contact**

51 Rue du Vallon - 49000 Angers

Tél : 06 71 53 16 91

Mail : centredeformation.pdl@vyv3.fr

N° SIRET : 77560962100070

Déclaration d’activité enregistrée sous le numéro 52490238349 auprès de la préfecture de région des Pays de la Loire

**Public cible : quel est le profil des stagiaires de la formation ? quel est le nombre de personnes à former ?**

**Quel est le délai/date souhaité pour la mise en place de la formation ?**

**Quelle est la durée souhaitée pour l’action de formation ?**

**La formation doit se dérouler :**

* **A distance** [ ]

*Dans ce cas, préciser les modalités technologiques à mettre en place*

*………………………………………………………………………………………….*

* **Sur le site du client** [ ]

*Dans ce cas, la salle de formation est équipée :*

* *D’un vidéoprojecteur* [ ]
* *De flip chart* [ ]
* *D’une connexion Internet* [ ]
* **Dans les locaux du Centre de formation** [ ]
	+ *Centre Charlotte Blouin* [ ]

Salle : Repas : OUI [ ]  NON [ ]

* *Institut Montéclair* [ ]

Salle : Repas : OUI [ ]  NON [ ]

* + *Autres* [ ]

Salle : Repas : OUI [ ]  NON [ ]

**Avez-vous des spécificités ou contraintes dont le centre de formation doit tenir compte ?**

*Si oui, lesquelles ?*