

QUESTIONNAIRE DE POSITIONNEMENT

Mis à jour le 20 septembre 2022

COORDONNEES

NOM :

PRENOM :

Fonction :

Organisme :

Téléphone : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

Email :

Adresse postale :

CP : |_|_|_|_|_|_|_|_| VILLE :

STATUT :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Assistant(e) Maternel(le) | <input type="checkbox"/> Assistant(e) Maternel(le) MAM | <input type="checkbox"/> Assistant(e) Familial(e) |
| <input type="checkbox"/> Animateur RPE | <input type="checkbox"/> Organisme employant des AM | <input type="checkbox"/> CAF/Conseil Départemental |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | |

FORMATION SOUHAITEE :

- ACCOMPAGNEMENT ET DEVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES A LA PRISE DE POSTE D'ANIMATEUR DE RELAIS PETITE ENFANCE
- LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU PARTICULIER EMPLOYEUR du 15 MARS 2021

Est-ce que les apprenants ont déjà suivi une formation dans le même domaine ?

- OUI NON

Si OUI, précisez l'année et la formation suivie :

Quels sont vos besoins ?

Vos attentes ?

NOMBRE DE PARTICIPANTS : |_|_|_|_|_|

POUR QUELLE PERIODE ?

- Année en cours Année N+1
- Janvier Février Mars Avril Mai Juin Juillet Août Sept. Octobre Nov. Décembre

Avez-vous un lieu adapté pour dispenser la formation souhaitée ?

- OUI NON

Si OUI, le lieu est-il équipé ?

- vidéoprojecteur Paperboard Connexion Internet Micro

Situation d'handicap ?

- OUI NON

Si OUI, précisez :

.....