

FICHE D'INFORMATIONS PREALABLES

N°5	Ref document : FDA1-FIP	Objectif document : Etude du besoin - Construction du programme
-----	-------------------------	---

Société :

Adresse /lieu de formation envisagé :

Interlocuteur en charge de l'organisation de la formation :

Tel :

Courriel :

1- Nature de l'activité de la société :

2- Nature (libellé) de la formation souhaitée :

3-Effectif stagiaires prévu :

4 - S'agit-il d'une formation sur la base d'un programme existant déjà établi avec Acrosys Formation?

OUI ☐ NON ☐

Si oui, y a-t-il des modifications sur les objectifs de la formation?

5- Description précises des postes de travail concerné par le besoin de formation :

6- S'agit-il d'une formation initiale ou d'un Maintien des Acquis de Compétences ?

(Les participants prévus ont-ils déjà suivi une formation traitant précisément du sujet ?)

OUI ☐ NON ☐

7- Dans le cas d'un Maintien des Acquis de Compétences ou d'une formation récurrente, les métiers ou les postes de travail ont-ils évolué ?

OUI ☐ NON ☐

Si oui, description des évolutions :

8- Quels sont les attendus en terme de formation ?

Accès poste de travail en hauteur ☐ Déplacement sur un poste de travail en hauteur ☐
 Secours travail en hauteur ☐ Evacuation remontée mécaniques ☐ Déplacement montagne été ☐
 Déplacement montagne hiver ☐ Vérification des EPI ☐ Vérification des dispositifs d'ancrage ☐

9- Pour une formation travail en hauteur, les modes opératoires et les points d'ancrage pour les postes de travail concernés ont-ils été définis ? (cf art R4323-61 du code du travail)

OUI ☐ NON ☐

Dans l'affirmative, merci de transmettre, par documents annexes, les informations à ce sujet.

10- Les équipements de protection individuelle (EPI contre les chutes de hauteur, matériel déplacement montagne...) sont-ils définis par l'entreprise ?

OUI ☐ NON ☐ Les participants en disposeront ils ? OUI ☐ NON ☐

Dans l'affirmative, liste de ces équipements :

11- En cas de réponse négative aux points 9 et 10, seriez-vous intéressé par une prestation de diagnostic préalable ? (Évaluation des risques, définition des modes opératoires et choix des équipements)

OUI ☐ NON ☐

12 - Vos postes de travail présentent-ils des risques spécifiques ? (Risques électriques, zone ATEX, espace confiné, risques chimiques, travaux en montagne, poste de travail isolé...)

OUI ☐ NON ☐

Si oui, description :

13- Disposez-vous d'une salle adaptée pouvant accueillir l'effectif prévu pour la partie théorique ?

OUI ☐ NON ☐

14- Disposez-vous d'un site pour la partie pratique de la formation permettant des exercices en rapport avec le sujet de la formation ?

OUI ☐ NON ☐

Description du site :

15- Dates souhaitées : (Indiquez les différents créneaux qui vous conviendraient)
16- Les stagiaires disposeront-ils bien d'une aptitude au poste de travail (délivrée par la médecine du travail) prenant en compte les spécificités de celui-ci (Travaux en hauteur, déplacement en montagne....) ?

OUI ☐ NON ☐

17- Compléments d'informations que vous souhaiteriez nous communiquer y compris l'éventualité de stagiaires en situation de handicap (PSH) :