# INFORMATIONS GENERALES

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’organisme** | (Obligatoire) | | | |
| **Statut juridique** | (Obligatoire) | | | |
| **Groupe d’appartenance** |  | | | |
| **Adresse** | (Obligatoire) | | | |
| **CP** | (Obligatoire) | **VILLE** | (Obligatoire) |

***Représentant Légal\****

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM Prénom** | (Obligatoire) | | | |
| **Adresse** | (Obligatoire) | | | |
| **CP** | (Obligatoire) | **VILLE** | (Obligatoire) |
| **Adresse Messagerie** | (Obligatoire) | | **Téléphone** |  |

***\**** *dirigeant pour les personnes morales ou personne physique candidate*

***1er contact***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM Prénom** | (Obligatoire) | | |
| **Fonction** | (Obligatoire) | | |
| **Adresse Messagerie** | (Obligatoire) | **Téléphone** | (Obligatoire) |

|  |  |
| --- | --- |
| **N° de SIREN** | (Obligatoire) |
| **N° de déclaration d’activité (NDA)** | (Obligatoire ou  Non concerné – organisme débutant) |

***Liste exhaustive des sites dépendant du numéro d'enregistrement de la déclaration d'activité concernée***

| **Nom du Site** | **Adresse complète - CP Ville** |
| --- | --- |
|  |  |

*Ajouter autant de lignes que nécessaire*

***Liste des certifications ou labellisation déjà obtenues***

Non concerné

| **Nom de la Certification** | **Date**  **prise d’effet** | **Date**  **échéance** | **Périmètre concerné** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

*Ajouter autant de lignes que nécessaire*

***Refus de certification***

Votre organisme a-t-il fait l’objet, d'un ***refus ou d’un retrait d’une certification QUALIOPI*** de la part d'un autre organisme :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date de refus/retrait activité OF |  | Non concerné |
| Date de refus/retrait activité CBC |  | Non concerné |
| Date de refus/retrait activité VAE |  | Non concerné |
| Date de refus/retrait activité CFA |  | Non concerné |

***Documents à transmettre***

**Tout organisme :**

Organigramme nominatif et fonctionnel

Preuves de certifications ou labellisations déjà obtenues avec validité et périmètre

**Nouvel Entrant** **:**  Non concerné

Preuve du dépôt de la demande d'enregistrement de la déclaration d'activité datant de moins de trois mois ;

Montant des produits perçus par catégorie de financeur relatifs à l'activité de prestataire d'actions concourant au développement des compétences, établi à partir des données comptables :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Catégorie de financeur :** | |  | **Montant produits perçus :** |
|  | entreprises pour la formation de leurs salariés |  | - € |
|  | organismes gestionnaires des fonds de la formation professionnelle |  | - € |
|  | pouvoirs publics pour la formation de leurs agents |  | - € |
|  | pouvoirs publics pour la formation de publics spécifiques |  | - € |
|  | contrats conclus avec des personnes à titre individuel |  | - € |
|  | contrats conclus avec d’autres organismes de formation |  | - € |
|  | Autres produits au titre de la formation professionnelle |  | - € |

*Ajouter autant de lignes que nécessaire*

**Organisme établi :**  Non concerné

Dernier bilan pédagogique et financier disponible

# VOTRE PROJET DE CERTIFICATION

***Catégories d’actions à certifier***

**La mise en œuvre d'une action relevant de chaque catégorie d'actions concourant au développement des compétences concernée à certifier est un prérequis pour le déclenchement de l'audit initial/de renouvellement**

|  |  |
| --- | --- |
| Formation (OF) | Bilans de compétences (CBC) |
| Validation des acquis de l'expérience (VAE) | Formation par apprentissage (CFA) |

***Objet de la demande de certification***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Initiale | Renouvellement\* | Demande de Transfert\* |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Nom du Certificateur** |  |
| **\*Activités certifiées** |  |
| **\*Validité du Certificat** |  |

***Période souhaitée pour l’audit***

|  |
| --- |
| … |

***Conseil et accompagnement à la certification***

|  |  |
| --- | --- |
| Votre organisme a-t-il fait appel aux services d’un consultant pour la mise en œuvre de son système qualité Qualiopi. | OUI -  NON |
| Si oui, précisez le nom du cabinet et du consultant : … | |

# COMMENTAIRES

*Apportez ci-dessous tous les commentaires éventuels que vous jugez utiles à l’examen de votre demande et l’élaboration de l’offre :*

|  |
| --- |
|  |

# DESCRIPTION DE L’ACTIVITE DE L’ORGANISME

Le tableau qui suit doit obligatoirement être complété par tout organisme « Nouvel Entrant » :

* Prestataire d'actions concourant au développement des compétences dans sa première année d'activité ;
* Prestataire d'actions concourant au développement des compétences qui débute une activité sur une nouvelle catégorie d'actions, pour les indicateurs applicables à cette catégorie.

Les organismes disposant d’un BPF peuvent renvoyer aux informations de ce dernier après avoir coché les lignes pour lesquelles ils sont concernés.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Catégories d'actions mises en œuvre par votre Organisme** |  | **Nombre total de**  **Stagiaires et apprentis** |  | **Nombre total d’heures**  **Stagiaires et apprentis** |
|  |  |  |  |  |
| Formation (OF) |  | - |  | - |
| Validation des acquis de l'expérience (VAE) |  | - |  | - |
| Bilans de compétences (CBC) |  | - |  | - |
| Formation par apprentissage (CFA) |  | - |  | - |
|  |  |  |  |  |
| **Votre organisme :** |  | **Nombre total de**  **Stagiaires et apprentis** |  | **Nombre total d’heures**  **Stagiaires et apprentis** |
| Dispense des prestations comprenant des périodes de formation en situation de travail |  | - |  | - |
| Dispense des formations dites « en alternance » |  | - |  | - |
| Dispense des prestations conduisant à une certification professionnelle |  | - |  | - |
|  |  |  |  |  |
| Met en œuvre des actions en tout ou partie à distance |  | - |  | - |
|  |  |  |  |  |
| Confie la réalisation de formations à un autre organisme de formation |  | - |  | - |
| Intervient pour le compte d'un autre organisme de formation |  | - |  | - |

Uniquement pour les nouveaux entrants :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Spécialités de Formations de votre organisme**  *Cinq principales spécialités de formation (indiquer la spécialité en clair)* |  | **Code** |  | **Nombre total de**  **Stagiaires et apprentis** |  | **Nombre total d’heures**  **Stagiaires et apprentis** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| - |  | - |  | - |  | - |
| - |  | - |  | - |  | - |
| - |  | - |  | - |  | - |
| - |  | - |  | - |  | - |
| - |  | - |  | - |  | - |