**FICHE DE RECUEIL DES BESOINS**
*Organisme ATHA – Demande de Formation ou Bilan de Compétences*

**Informations Générales**

**Nom et Prénom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Date de naissance :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Adresse :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Téléphone :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Email :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Situation professionnelle actuelle :**

* Salarié(e)
* Demandeur d’emploi
* Indépendant(e)
* Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Employeur actuel (si applicable) :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Poste occupé :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Ancienneté :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nature de la Demande**

* Formation
* Bilan de Compétences

**Précisez votre objectif principal :**

**Thématique ou domaine visé :**

**Analyse des Besoins**

**Quels sont vos besoins spécifiques ?**

**Compétences ou connaissances à développer :**

**Connaissances ou compétences préalables (si applicables) :**

**Modalités de Mise en Œuvre**

**Préférez-vous une formation en :**

* Présentiel (sur site du commanditaire)
* Distanciel (via Meet ou Zoom)

**Souhaitez-vous des aménagements spécifiques ?**

* Oui (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Non

**Adaptation et Accompagnement**

**Avez-vous des contraintes liées à une situation de handicap ?**

**Si oui, qu’elles sont vos contraintes ?**

**Avez-vous des contraintes de rythme ou de disponibilité ?**

* Oui (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Non

**Avez-vous des besoins spécifiques liés à une situation de handicap ?**

* Oui (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Non

**Êtes-vous d’accord pour un suivi régulier afin de favoriser votre engagement et éviter une rupture de parcours ?**

* Oui
* Non

**Engagement et Objectifs**

**Que souhaitez-vous accomplir grâce à cette formation ou ce bilan ?**

**Date souhaitée de début :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Durée estimée (si connue) :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature**

Je certifie que les informations ci-dessus sont exactes et transmises dans le cadre de ma demande auprès de l’organisme ATHA.

**Signature :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Date :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contact ATHA :**
Eric Gelig – Président
📞 06 84 49 24 25 ou 06 86 82 78 21
📧 atha.président@orange.fr

**Espace BOX sécurisé :** Un lien d’accès sera partagé pour consulter ou télécharger les documents nécessaires.

Si vous souhaitez personnaliser davantage cette fiche, indiquez-moi les points à développer ou modifier !