# Informations générales sur l’entreprise

|  |  |
| --- | --- |
| Raison Sociale  |  |
| Adresse |  |
| Groupe d’appartenance |  |
| N° SIRET |  | N° de déclaration d’organisme de formation |  |
|  |
| Contact |  | Fonction |  |
| Téléphone |  | Télécopie |  |
| Mobile |  | Email |  |
|  |
| Représentant Légal |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Période envisagée pour l’audit :** |  |

# Site(s)

[ ]  La demande concerne uniquement le siège social (adresse ci-dessus)

[ ]  La demande concerne le siège + 1 ou plusieurs sites (agences ou établissements secondaires) : liste précise à renseigner adresse à mentionner ci-après.

[ ]  La demande ne concerne qu’un site qui n’est pas le siège mais qui est considéré comme site principal (équivalent du siège dans le texte de l’arrêté) : adresse à mentionner ci-après.

**IMPORTANT**

Si l’Organisme a un **siège qui pilote l’ensemble du dispositif** et des **locaux pour la réalisation des prestations de formation**, les locaux seront listés et considérés comme des **moyens rattachés** **Ces locaux ne sont pas considérés comme des sites (agences ou établissements) et ne sont pas listés. Ils n’impacteront pas le calcul des durées d’audit.** Le cas échéant nous vous remercions de compléter le tableau ci-dessous.

# Site principal (autre que le siège) ou site(s) supplémentaire(s) *(dupliquer si* nécessaire *le tableau sur des pages supplémentaires)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sites** | **Type d’activités réalisées** | **CONCEPTION** | **REALISATION** |
| **Type\*1** | **Adresse****CP-VILLE** | **Gestion des moyens humains** | **Gestion des moyens matériels** | **Gestion des moyens pédagogiques** | **Organisation et suivi des formations** | **Niv I** | **Niv II** | **NivIII** | **Niv****I** | **NivII** | **NivIII** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*)1 Type : Site Principal ; Agence ; Etablissement

# Phase(s) et niveau(x) concerné(s)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Phase CONCEPTION** |  | **Phase REALISATION** |
| Niveau I | Niveau II | Niveau III |  | Niveau I | Niveau II | Niveau III |
|  |  |  |  |  |  |  |

# Effectif(s)

|  |
| --- |
| **NOMBRE DE FORMATEURS POUR L’ORGANISME** |
| **Nombre Total de formateurs** | **hase CONCEPTION** | **Phase REALISATION** |
| Niveau I | Niveau II | Niveau III | Niveau I | Niveau II | Niveau III |
|  |  |  |  |  |  |  |

# Autres informations

Avez-vous fait appel à un consultant/formateur : [ ]  **Oui**- [ ]  **Non**

Si oui, préciser l’organisme qui vous a accompagné dans votre démarche :

S’agit-il d’un transfert de certification en provenance d’un autre organisme : [ ]  **Oui**- [ ]  **Non**

Si oui, par qui êtes vous actuellement certifié ?

# Commentaires

*Apporter tous les commentaires éventuels que vous jugez utiles à l’examen de votre demande et l’élaboration de l’offre*

|  |
| --- |
|  |

# Signature de la demande

|  |
| --- |
| NOM Prénom du représentant de l’organisme : Date : Signature : |

***Formulaire à nous retourner compléter à :*** *certification@global-certification.fr*