

## ■ ■ ■ ■ UNE ÉQUIPE DE DOCUMENTALISTES

Christelle Berne	Françoise Gomes	Christine Fissier	Marion Jegu	Sophie Oriol	Véronique Lévy
c.berne@fongecif-idf.fr 01 44 10 58 25	f.gomes@fongecif-idf.fr 01 44 10 58 27	c.fissier@fongecif-idf.fr 01 44 10 59 36	m.jegu@fongecif-idf.fr 01 44 10 58 84	s.oriol@fongecif-idf.fr 01 44 10 58 05	mailing@fongecif-idf.fr 01 44 10 58 31

### ÎLE-DE-FRANCE

Paris du 1<sup>er</sup> au 2<sup>e</sup> arrt

Paris du 3<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> arrt

Paris 5<sup>e</sup>

Paris du 6<sup>e</sup> au 8<sup>e</sup> arrt

Paris du 9<sup>e</sup> au 11<sup>e</sup> arrt

Paris du 12<sup>e</sup> au 15<sup>e</sup> arrt

Paris du 16<sup>e</sup> au 20<sup>e</sup> arrt

77

78

91

92

93

94

95

### PROVINCE ET DOM-TOM

Départements de 01 à 21

Départements de 22 à 31

Départements de 32 à 38

Départements de 39 à 53

Départements de 54 à 69

Départements de 70 à 98

■ par fax : 01 44 10 59 31

À L'ATTENTION DU SERVICE FORMATION CONTINUE  
(Ne rien modifier ci-dessous)

CADRE RÉSERVÉ  
AU FONGECIF ÎLE-DE-FRANCE

\_\_\_\_\_

DATE D'ENVOI

\_\_\_\_\_

R

NO

Il s'agit de la dénomination juridique de l'organisme. > > >

## IDENTIFICATION DE L'ORGANISME DE FORMATION

Raison sociale (développer les sigles) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom commercial (développer les sigles) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° et rue \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

SIRET : \_\_\_\_\_

Numéro de déclaration d'activité délivré par la DRTEFP, nécessaire pour être enregistré dans notre base de données. > > >

N° de déclaration d'activité \_\_\_\_\_

Statut juridique (SA, SARL, etc.) \_\_\_\_\_

Assujettissement à la TVA  OUI  NON

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopie : \_\_\_\_\_

Courriel de l'organisme : \_\_\_\_\_

Site Internet : \_\_\_\_\_

### Information diffusée au public

### Information non diffusée au public

Correspondant (M.  Mme  Mlle )

\_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Correspondant (M.  Mme  Mlle )

\_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Correspondant pour la mise à jour de l'offre de formation (M.  Mme  Mlle )

Nom \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Autre contact (M.  Mme  Mlle )

Nom \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Si vous ne souhaitez pas que les informations vous concernant soient diffusées sur le site Internet du Fongecif Île-de-France, merci de cocher cette case :

À l'avenir, si vous souhaitez modifier votre accord, vous pouvez contacter le service documentation à l'adresse suivante:  
contact-doc@fongecif-idf.fr

*Ces renseignements sont utiles pour compléter les informations sur votre organisme et sont nécessaires à la Commission paritaire pour l'examen des dossiers de prise en charge. Merci de votre collaboration.*

CADRE RÉSERVÉ  
AU FONGECIF ÎLE-DE-FRANCE

## ■ ■ ■ ■ ACTIVITÉS DE L'ORGANISME DE FORMATION

Domaines dans lesquels vous intervenez dans le cadre de la formation professionnelle continue :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date de début d'activité dans la formation professionnelle continue (MM/AAAA) :

Avez-vous d'autres activités que la formation continue ?  OUI  NON

Si oui, lesquelles ?

Formation initiale, année de début d'activité (AAAA)

Autres activités :

Conseil, audit, études en gestion des RH et services annexes à la formation,  
précisez : .....

Production de biens, précisez : .....

Production de services, précisez : .....

Autre, précisez : .....

Appartenance à un groupe ou à un réseau ?  OUI  NON

Si oui, précisez : .....

## NORMES ET LABELS QUALITÉ

Avez-vous obtenu une certification ou un label qualité dans le domaine de la formation ?

OUI  NON

Si oui, précisez :

Certification NF Service Formation,

Certification ISO 9001,

Label Greta plus,

Label ICPF (Institut de Certification des Professionnels de la Formation) - formateur et consultant,

Qualification OPQF (Office Professionnel de Qualification des Organismes de Formation),

Autre, précisez : .....

Précisions éventuelles : .....

.....  
.....

Personnes physiques  
ou morales ayant acheté  
des actions de formation lors  
de l'exercice précédent.

## ACTIVITÉS DE L'ORGANISME DE FORMATION (suite)

### SOURCES DE FINANCEMENT

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agefiph  | <input type="checkbox"/> Collectivité territoriale -<br>Conseil régional | <input type="checkbox"/> État - Autre            |
| <input type="checkbox"/> Acsé (anciennement Fasild)                     | <input type="checkbox"/> Collectivité territoriale - Autre               | <input type="checkbox"/> Fonds européen - FSE    |
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire de l'action<br>(particulier)      | <input type="checkbox"/> Entreprise                                      | <input type="checkbox"/> Fonds européen - Autre  |
| <input type="checkbox"/> Collectivité territoriale -<br>Commune         | <input type="checkbox"/> État -<br>Ministère chargé de l'emploi          | <input type="checkbox"/> Unédic / Assédic        |
| <input type="checkbox"/> Collectivité territoriale -<br>Conseil général | <input type="checkbox"/> État -<br>Ministère de l'éducation nationale    | <input type="checkbox"/> Opca                    |
|   |  | <input type="checkbox"/> Opacif                  |
|   |  | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : ..... |

### LES STAGIAIRES

Quels types de stagiaires formez-vous (formation initiale et continue), quel en est le pourcentage ?

- Salariés : .....%
- Demandeurs d'emploi : .....%
- Jeunes en contrat de professionnalisation : .....%
- Étudiants (formation initiale) : .....%
- Particuliers individuels : .....%
- Autres : ..... : .....%

### AUTRES RENSEIGNEMENTS

Informations sur vos établissements :

Accessibilité aux handicapés :

- OUI  NON

Restauration sur place :

- OUI  NON

Hébergement sur place :

- OUI  NON