

***Remplir une fiche par action***

**ÉVALUATION D’UNE ACTION DE FORMATION**

###### FINANCEE AU TITRE DE 2020 en region PACA

Les bilans des actions réalisées et non réalisées doivent être adressés immédiatement par l’association au service instructeur, dans les 3 mois suivant la réalisation de l’action et, **au plus tard avant une nouvelle demande**.

ATTENTION : Les actions retenues sont celles qui font l’objet d’un financement. Les montants attribués pour chacune d’elles doivent être respectés ; ils ne peuvent faire l’objet de modifications de votre part. Ainsi une subvention attribuée à une action ne peut être reportée sur une action de formation refusée.

**Nom de l'association** : Sigle :

N° SIRET : N° dossier FDVA :

Adresse :

Téléphone :

Code répertoire national des associations (le cas échéant) :………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Titre de l'action de formation** | **Dates précises de réalisation** | **Lieu (x) de réalisation** | **Nombre de jours de formation dispensés :****(ou nbre d’h)** |
|  |  |  |  |

# **Public concerné**

Nombre de personnes prévues initialement :

**Nombre de personnes ayant réellement suivi la formation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | - 25 ans | Autres |
|  | hommes | femmes | hommes | femmes |
| Bénévoles ayant des responsabilités administratives |  |  |  |  |
| Bénévoles responsables d’activités  |  |  |  |  |
| Salariés |  |  |  |  |
| Autres  (volontaires) |  |  |  |  |
| TOTAL  |  |  |  |  |

**…/..**

**👉**

#### **Déroulement de l’action de formation**

* Le programme proposé initialement a-t-il subi des modifications ?

Si oui, lesquelles et pour quelle(s) raison(s) ?

* Les objectifs présentés dans la demande ont-ils été atteints ?

Sinon pour quelles raisons ?

Quels obstacles ont été rencontrés ?

• Le stage était-il adapté aux besoins des stagiaires ?

Organisme ayant assuré la formation (ou organismes si la formation a été réalisée dans différents lieux) :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Encadrement de l’action de formation (précisions à apporter pour chaque lieu de formation dispensée)

Nom du formateur responsable :

Qualification / compétence :

Fonction au sein de l’association :

Merci d’indiquer le nombre d’heures de travail consacrées à cette action (préparation, action, bilan)

Y-a-t-il eu d’autre (s) formateur (s), extérieurs à votre structure?

Préciser s’ils intervenaient en tant que prestataires de service, de salariés ou de bénévoles.

Bilan de l’action de formation :

* du point de vue du ou des formateur (s) :
* du point de vue des stagiaires : (note de 1 à 4 correspondant à : très insuffisant, passable, bien, excellent) 0 pour sans réponse.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Niveau de satisfaction relatif à :** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| Conditions matérielles  (salle, outils pédagogiques, supports) |  |  |  |  |  |
| Conditions pédagogiques (contenu du programme, méthodes pédagogiques)  |  |   |  |  |  |