|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROJET DE FORMATION SST**  ETABLISSEMENT :  NOM DU FORMATEUR : | | | |
| **C2** | ***2017-2018***  *Bilan des formations SST réalisées dans l’établissement* | *Nombre de sessions ouvertes, découpage, bilan sur l’utilisation des nouvelles grilles de certification, …* | |
| ***2018-2019***  *Besoins et demandes en formation SST de l’établissement* | *Identifier les besoins : nombre de sessions, types de formations, …* | |
| *Ressources de l’établissement*  *Humain – Matériel Financier* | *Identifier les différents acteurs et leur niveau d’implication, les ressources et les freins.* | |
| **C3** | *Proposition d’un projet de formation SST* | **Q**ui | *Personnes concernées : qui réalise le projet, qui sont les bénéficiaires, quels sont les partenaires ?* |
| **Q**uoi | *Type de formation SST : initiale, MAC, passerelle ou mixte* |
| **O**ù | *Lieu de formation* |
| **Q**uand | *Organisation : dates ou période, durée, délais,….* |
| **C**omment | *Modalités de réalisation des actions, moyens, méthodes, budget* |

-