|  |
| --- |
| **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*     |

-