

FICHE D'INFORMATIONS PREALABLES

N°5

Ref document : FDA1-FIP

Objectif document : Etude du besoin - Construction du programme

Société :

Adresse /lieu de formation envisagé :

Interlocuteur en charge de l'organisation de la formation :

Tel :

Courriel :

1- Nature de l'activité de la société :

2- Nature (libellé) de la formation souhaitée :

3-Effectif stagiaires prévu :

4 - S'agit-il d'une formation sur la base d'un programme existant déjà établi avec Acrosys Formation?

OUI NON

Si oui, y a-t-il des modifications sur les objectifs de la formation?

5- Description précises des postes de travail concerné par le besoin de formation :

6- S'agit-il d'une formation initiale ou d'un Maintien des Acquis de Compétences ?

*(Les participants prévus ont-ils déjà suivi une formation traitant précisément du sujet ?)*OUI NON

7- Dans le cas d'un Maintien des Acquis de Compétences ou d'une formation récurrente, les métiers ou les postes de travail ont-ils évolué ?

OUI NON

Si oui, description des évolutions :

8- Quels sont les attendus en terme de formation ?

Accès poste de travail en hauteur Déplacement sur un poste de travail en hauteur
Secours travail en hauteur Evacuation remontée mécaniques Déplacement montagne été
Déplacement montagne hiver Vérification des EPI Vérification des dispositifs d'ancrage

9- Pour une formation travail en hauteur, les modes opératoires et les points d'ancrage pour les postes de travail concernés ont-ils été définis ? (cf art R4323-61 du code du travail)OUI NON

Dans l'affirmative, merci de transmettre, par documents annexes, les informations à ce sujet.

10- Les équipements de protection individuelle (EPI contre les chutes de hauteur, matériel déplacement montagne...) sont-ils définis par l'entreprise ?OUI NON Les participants en disposeront ils ? OUI NON

Dans l'affirmative, liste de ces équipements :

11- En cas de réponse négative aux points 9 et 10, seriez-vous intéressé par une prestation de diagnostic préalable ? (Évaluation des risques, définition des modes opératoires et choix des équipements)OUI NON **12 - Vos postes de travail présentent-ils des risques spécifiques ? (Risques électriques, zone ATEX, espace confiné, risques chimiques, travaux en montagne, poste de travail isolé...)**OUI NON

Si oui, description :

13- Disposez-vous d'une salle adaptée pouvant accueillir l'effectif prévu pour la partie théorique ?OUI NON **14- Disposez-vous d'un site pour la partie pratique de la formation permettant des exercices en rapport avec le sujet de la formation ?**OUI NON

Description du site :

15- Dates souhaitées : (Indiquez les différents créneaux qui vous conviendraient)**16- Les stagiaires disposeront-ils bien d'une aptitude au poste de travail (délivrée par la médecine du travail) prenant en compte les spécificités de celui-ci (Travaux en hauteur, déplacement en montagne....) ?**OUI NON **17- Compléments d'informations que vous souhaiteriez nous communiquer :**