

---

**DOSSIER A PRESENTER  
POUR UNE DEMANDE DE LABELLISATION  
SCHEMA REGIONAL DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE  
DES PERSONNES HANDICAPÉES**

---

<b>Feuillet n°1</b>	<b>Fiche d'Identité de l'Organisme</b>
<b>Feuillet n°2</b>	<b>Sections d'apprentissage</b>
<b>Feuillet n°2.1</b>	<b>Offre de formation et financement de l'organisme</b>
<b>Feuillet n°2.2</b>	<b>Domaine des métiers</b>
<b>Feuillet n°2.3</b>	<b>Méthodes pédagogiques hors apprentissage</b>
<b>Feuillet n°2.3bis</b>	<b>Méthodes pédagogiques en CFA</b>
<b>Feuillet n°3</b>	<b>Structure clientèle stagiaires</b>
	<b>Expérience d'accueil de personnes handicapées :</b>
<b>Feuillet n°4</b>	<b>En formation</b>
<b>Feuillet n°4.1</b>	<b>En apprentissage</b>
<b>Feuillet n°4.2</b>	<b>Le partenariat mis en place</b>
<b>Feuillet n°5</b>	<b>Accessibilité, conditions d'accueil</b>
<b>Feuillet n°6</b>	<b>Candidature du Référent Schéma</b>

***Pièce à joindre : une plaquette de présentation de l'organisme***

---

**FICHE D'IDENTITE DE L'ORGANISME**

---

Raison sociale de l'organisme :

Sigle (s'il y a lieu) :

Nom du Directeur :

Personne à contacter pour  
ce dossier et fonction :

Statut juridique :

Numéro d'organisme de formation et/ou d'agrément CFA :

Adresse du siège social :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Télécopie :

E-mail :

Adresse administrative : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Adresses des sites (avec Tél. + Fax ) et Noms des Responsables :

- .....
- .....
- .....
- .....

Date de création de l'organisme :

Date de début de l'activité formation :

Date de début d'activité alternance :

Date de début d'activité apprentissage :

**SECTIONS D'APPRENTISSAGE de l'année en cours**

Secteurs d'activité <sup>1</sup>	Métier / Intitulé de la formation	Nombre de bénéficiaires par section			Niveau de validation (I à V)	Titre ou diplôme
		1 ère année	2ème année	3ème année		

<sup>1</sup> Voir liste jointe (Domaine de 1 à 23)

---

**ACTIONS DE FORMATION REALISEES (tout public hors apprentissage)**


---

Année de réalisation (à partir de 2000)	Secteurs d'activité <sup>1</sup>	Intitulé de l'action	Durée en heures	Nombre de bénéficiaires par types de conventionnement			Type d'action (O, R, PQ, Q) <sup>2</sup>	Niveau de validation (I à V)	Titre ou diplôme
				Public	Privé	Contrat en alternance			

---

<sup>1</sup> Voir liste jointe (Domaine de 1 à 25)

<sup>2</sup> **O** : « Orientation, Bilan » ; **R** : « Redynamisation, Remobilisation » ; **PQ** : « Pré-Qualification » ; **Q** : « Qualification »

**DOMAINE DES METIERS**

---

- 1. Agriculture, aménagement Rural**
- 2. Bâtiment, travaux publics**
- 3. Métallurgie, mécanique**
- 4. Electricité, électronique**
- 5. Maintenance**
- 6. Réparation automobile**
- 7. Agro-alimentaire, chimie, plasturgie**
- 8. Textile, habillement, cuir**
- 9. Métiers du bois**
- 10. Imprimerie, communication graphique**
- 11. Transport, logistique**
- 12. Métiers de la bouche**
- 13. Hôtellerie, restauration**
- 14. Commerce, vente**
- 15. Gestion administrative**
- 16. Comptabilité**
- 17. Informatique**
- 18. Santé**
- 19. Action sociale**
- 20. Coiffure, esthétique**
- 21. Sport, culture, loisirs**
- 22. Services aux personnes**
- 23. Préqualifications multimétiers hors domaine ciblé**
- 24. Orientation/bilan**
- 25. Remobilisation**



---

**METHODES PEDAGOGIQUES EN CFA**  
( joindre feuille supplémentaire ou documents si nécessaire )

---

**Quelles expériences d'individualisation de parcours ? :.....**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Disposez vous d'un C.R.A.F. (Centre de Ressources et d'Aide à la Formation)?.....**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Seriez vous intéressé pour vous investir en amont du contrat d'apprentissage :.....**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

**STRUCTURE CLIENTELE STAGIAIRES**

---

**STRUCTURE CLIENTELE STAGIAIRE en nombre / an**

<b>Demandeurs d'Emploi</b>	
<b>Particuliers</b>	
<b>Non salariés</b>	
<b>Jeunes ou adultes en contrat d'alternance (hors apprentissage)</b>	
<b>Jeunes en apprentissage</b>	
<b>Salariés (CIF, plan de formation)</b>	
<b>Autres Préciser : C.E.S. – Formation Complémentaire</b>	

**EXPERIENCE D'ACCUEIL DES PERSONNES HANDICAPEES**

**EN FORMATION( hors apprentissage)**

Avez-vous déjà reçu des stagiaires TH (Travailleurs Handicapés) :      oui       non

Combien sur 2000 : .....

Combien sur 2001 : .....

**FORMATION CONTINUE**

Sur quels types d'action (pour 2000 et 2001) ? :

Type d'action	Nombre de TH accueillis selon la durée (centres + entreprises)			Nombre de TH en contrat d'alternance
	40 heures ou moins	40 à 300 heures	> 300 heures	
Qualification				
Pré-qualification				
Redynamisation – Remobilisation				
Bilan d'orientation – Elaboration de projet				

Types de handicap :

Type de Handicap	Nombre de TH accueillis
Visuel	
Auditif	
Moteur	
Maladie Invalidante	
Autre Handicap Physique	
Maladie mentale	
Déficiência Intellectuelle	
Autre	



---

**EXPERIENCE D'ACCUEIL DES PERSONNES HANDICAPEES :**

**LE PARTENARIAT MIS EN PLACE**

---

Avez-vous établi des collaborations avec :

Cap Emploi  
(EPSR / OHE)

IME/IMPRO

COTOREP

Service de Suite

AGEFIPH

PDITH

Education Nationale

Section : .....

Autres organismes spécialisés :

Remarques éventuelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

**CONDITIONS D'ACCUEIL**

---

**Restauration :**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Cantine / Self sur place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A proximité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salle de repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hébergement :**

Sur place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A proximité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animateur d'internat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**ACCESSIBILITE**

Le cas échéant, des aides à l'accessibilité des locaux peuvent être mobilisées pour l'accueil de stagiaires handicapés identifiés.

---

**Accessibilité :**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Moyens de transports collectifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Places de stationnement Personnes Handicapées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensemble de l'établissement accessible aux Personnes à Mobilités Réduites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etablissement partiellement accessible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez :

**Feuillet n° 6**

---

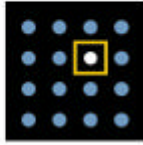
**CANDIDATURE DU REFERENT SCHEMA**  
(cf. : voir cahier des charges)

---

Il vous sera demandé de désigner un (ou plusieurs) référent schéma, présentez sa candidature sur papier libre en précisant :

- En quoi, cette personne, particulièrement, peut-être un relais efficace auprès des stagiaires, des partenaires extérieurs et au sein de votre organisme (personne ressources pour ses collègues) ?
  - Son profil : mission actuelle dans la structure.
-



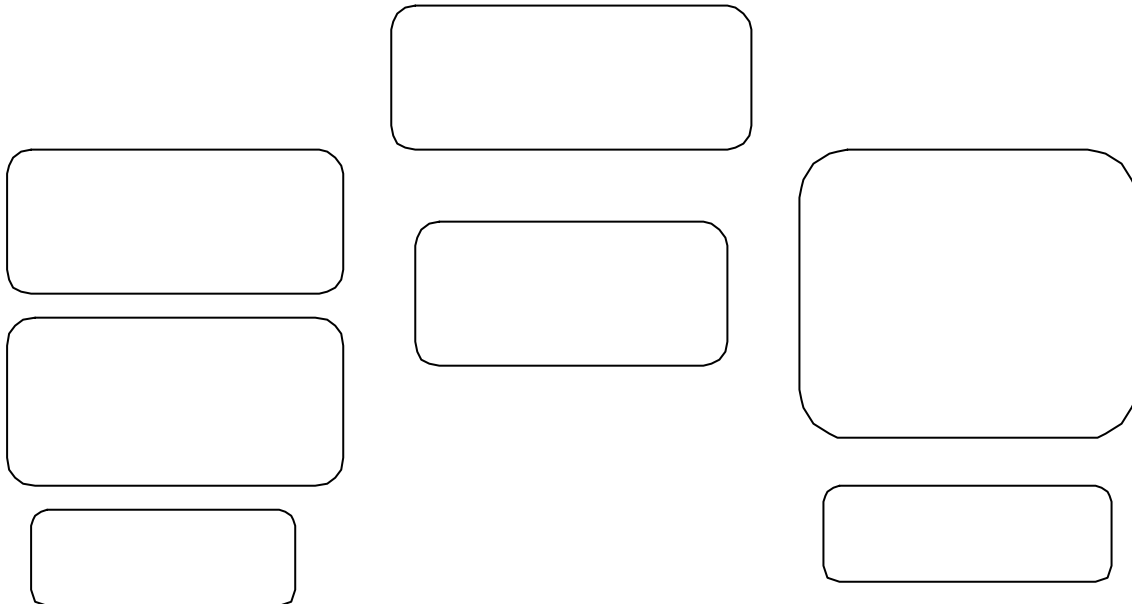


---

## Mémo technique

---

### 1- Organigramme opérationnel du CRDI pour le schéma régional



### 2- Notes relatives à l'instruction du dossier de labellisation

- Ne sont concernés par la totalité du dossier que les organismes ayant, à la fois, un statut de CFA et un statut d'organisme de formation continu.
- Statut unique CFA : Remplir les feuillets n°1, 2, 2.3bis, 3, 4.1, 4.2, 5 et 6
- Statut unique organisme de formation continue: Remplir les feuillets n°1, 2.1, 2.3, 3, 4, 4.2, 5 et 6