

FICHE CLIENT

Version 4 / 04.2026

ANALYSE DES BESOINS & SUIVI DE LA FORMATION

FORMA SCM

✓ Document interne — Conforme Qualiopi V.9 (Indicateurs 4, 5, 28, 30, 31, 32) ✓

N° Dossier — Date

FCM-_____ — Date : __ / __ / _____



1. INFORMATIONS CLIENT

Identification du commanditaire et du contexte

Statut du client

Professionnel (EHPAD) Particulier

Nom de l'entreprise /
EHPAD

Adresse du lieu de
formation

Nom et prénom du
réfèrent

Numéro de téléphone

Adresse email

Nombre de stagiaires
prévus

(8 minimum — 12 maximum par session)

Niveau de performance
grille
d'évaluation circuit du
médicament

ÉQUIPEMENT NÉCESSAIRE AU DÉROULEMENT DE LA FORMATION

- ▶ Salle à disposition (capacité 12 personnes minimum, configuration en U recommandée)
- ▶ Vidéoprojecteur connecté (HDMI / VGA) ▶ Ordinateur (le formateur peut apporter le sien)
- ▶ Paperboard ou tableau blanc avec marqueurs ▶ Connexion internet (recommandée)



2. FORMATION SOUHAITÉE

Identification précise des besoins de formation (IND. 4)

Formation souhaitée	<input type="checkbox"/> Circuit du médicament <input type="checkbox"/> EIAS / EIGS <input type="checkbox"/> Sur mesure
----------------------------	---

Prérequis	<i>Infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, cadres de santé en EHPAD</i>
------------------	--

Type de besoin	<input type="checkbox"/> Catalogue <input type="checkbox"/> Sur mesure
-----------------------	--

Date(s) souhaitée(s) et durée	
--------------------------------------	--

Type de financement	<input type="checkbox"/> OPCO Santé <input type="checkbox"/> Plan de développement compétences <input type="checkbox"/> Fonds propres établissement <input type="checkbox"/> CPF (cas particulier) <input type="checkbox"/> Autre : _____
----------------------------	---

Support et programme	<input type="checkbox"/> Numérique (PDF) <input type="checkbox"/> Papier (impression)
-----------------------------	---

3. ANALYSE DES BESOINS DU BÉNÉFICIAIRE

Indicateur Qualiopi 4 — Identification précise des objectifs

À remplir avec le client ou donneur d'ordre lors de l'entretien préalable

? Avez-vous déjà suivi une formation de ce type ? Si oui, quand et avec quel organisme ?

? Qu'attendez-vous concrètement de cette formation ? Quels objectifs visez-vous ?

Quels sont vos enjeux opérationnels ? (sécurité résidents, conformité, qualité, etc.)

Quels sont les éléments satisfaisants par rapport à ce qui se fait actuellement dans votre établissement ?

De quoi les collaborateurs sont-ils insatisfaits ? Quelles difficultés rencontrent-ils ?

Quelles sont les voies de progrès et les améliorations qu'ils estiment nécessaires ?

4. BESOINS SPÉCIFIQUES — PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Indicateur Qualiopi 26 — Accueil des PSH

 RÉFÉRENT HANDICAP: Habib CHEIKH

 contact@forma-scm.com  06 16 26 22 58

FORMA SCM s'engage à rendre ses formations accessibles à tous. Pour toute demande d'aménagement, merci de nous prévenir au moins 15 jours avant le début de la formation.

Stagiaires en situation de handicap ?

Oui Non Ne sait pas

Si oui : quel(s) type(s) de handicap ? (moteur, visuel, auditif, cognitif, autre)

Avez-vous des besoins d'aménagement spécifique pour la formation ? (rythme, supports, lieu, aide humaine, partenaires...)

Avez-vous d'autres informations utiles à nous transmettre ?

✓ ENGAGEMENT FORMA SCM

- ▶ Étude individualisée de votre demande sous 5 jours ouvrés
- ▶ Entretien téléphonique avec le référent handicap si nécessaire
- ▶ Mobilisation de nos partenaires (AGEFIPH, RHF PACA, Cap Emploi) si besoin
- ▶ Adaptation pédagogique sur-mesure
- ▶ Suivi post-formation pour évaluer la qualité des aménagements mis en place



5. PLAN D'ACTION — RÉSERVÉ À L'ORGANISME DE FORMATION

Indicateur Qualiopi 5 — Adaptation au public et aux objectifs

Section à compléter par FORMA SCM après analyse des besoins

Au vu de l'analyse des besoins et attentes, est-il pertinent de développer ce programme de formation ? Justifier la décision.

D'autres pistes sont-elles à envisager (feedback, coaching, mentoring, formation alternative...) ?

L'établissement a-t-il les moyens humains/matériels de répondre à la demande, ou faut-il prévoir des adaptations ?

Décision finale

Formation à programmer Formation à adapter Réorientation client

Adaptations spécifiques retenues pour cette session :






6. ANALYSE DE LA FORMATION (POST-SESSION)

Indicateurs Qualiopi 30, 31, 32 — Recueil et amélioration continue




À remplir après la formation par le formateur et par l'organisme




FEED-BACK FORMATEUR (Indicateur 30)


 HUMAINS	 ORGANISATIONNEL	 TECHNIQUE

 **SYNTHÈSE ORGANISME DE FORMATION (Indicateur 31)**

 HUMAINS	 ORGANISATIONNEL	 TECHNIQUE


 **TRAITEMENT DES PROBLÉMATIQUES — AMÉLIORATION CONTINUE (Indicateur 32)**

Bilan global de la formation	<input type="checkbox"/> Rien à signaler <input type="checkbox"/> Point à améliorer
-------------------------------------	---

 Synthèse de la situation	
---	--

 Action à corriger	
--	--

<input checked="" type="checkbox"/> Action corrective mise en œuvre	
--	--

 Effet de l'action	
--	--

 **VALIDATION DU DOCUMENT**




Pour le client

Pour FORMA SCM — Habib CHEIKH

Date: ___ / ___ / _____	Date : ___ / ___ / _____
Nom : _____	Nom : _____
Fonction : _____	Fonction : _____
Signature :	Signature :

FORMA SCM — Habib CHEIKH

Villa 4 chemin des Gonagues — 13190 Allauch

 contact@forma-scm.com  06 16 26 22 58  www.forma-scm.com

RCS Marseille — KBIS 951 719 749 — SIRET 951 719 749 00017

Organisme de formation professionnelle continue — N° de déclaration d'activité : 931 321 255 13

Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'État — Certifié Qualiopi V.9

Fiche client V.4 — Avril 2026