Organisme de formation : ……
Déclaration d'activité n° ……

QUESTIONNAIRE DE POSITIONNEMENT

À remplir avant l'entrée en formation.

Action de formation	
Durée	…… heures
Dates	Du ……/……/…… au ……/……/……

Nom et prénom	
Fonction et employeur	
Téléphone ou email	
Date de remplissage	

Objectifs annoncés de la formation

Prérequis

Estimez-vous remplir les prérequis annoncés pour cette formation ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Auto-évaluation de vos compétences

Cochez une case par ligne.

Compétence	Jamais pratiqué	Notions	Pratique accompagnée	Autonome
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

Vos attentes

Dans quelles situations professionnelles mettez-vous en œuvre les compétences visées par cette formation ?

Qu’attendez-vous précisément de cette formation ?
Quelle difficulté aimeriez-vous avoir réglée à la fin du parcours ?

Situation de handicap et aménagements

Avez-vous besoin d’un aménagement pour suivre la formation dans de bonnes conditions ?
☐ Non ☐ Oui, à préciser :

Référent handicap : ……

Équipement et connexion

Pour les séquences à distance, disposez-vous d’un ordinateur, d’une webcam et d’une connexion stable ?
☐ Oui ☐ Partiellement ☐ Non

Date et signature du stagiaire

Cadre réservé à l’organisme

Conclusion du positionnement	
Adaptation retenue du parcours	
Date et visa du formateur	

Questionnaire rempli avant l’entrée en formation · indicateur 8 du référentiel national qualité