



**APTCCB**

APTCCB  
Association des Praticiens en  
Thérapie Cognitive et Comportementale de Bourgogne  
Villa l'Etoile  
3 avenue de la Concorde  
21000 Dijon

e-mail : [contact.aptccb@gmail.com](mailto:contact.aptccb@gmail.com) • site internet: [www.aptccb.fr](http://www.aptccb.fr)

N° SIRET : 804 369 106 000 13

N° Organisme de formation: 27 89 01323 89

## **Questionnaire d'évaluation de vos besoins en termes de formation**

### **Identité du répondant**

Nom :.....  
.....

Fonction :.....  
.....

Nom de la  
structure :.....  
.....

Coordonnées :.....  
.....

Mail :.....  
.....

Téléphone :.....  
.....

Association des Praticiens en Thérapie Cognitive et  
Comportementale de Bourgogne  
Association régie par la loi 1901 . Président  
DIOUX Vivien  
N° Siret : 804 369 106 00013  
N° Organisme de formation: 27 89 01323 89  
[www.aptccb.fr](http://www.aptccb.fr)



**Vos besoins en termes de formation**

**Entourez la proposition vous concernant :**

a) Vos besoins en termes de formation :

Accueillir un nouveau public avec de nouveaux besoins	Evolution Stratégique des compétences de vos agents	Augmenter le savoir-faire et le savoir-être des agents pour répondre aux besoins d'un public spécifique	Autre (précisez) :
---	---	---	--------------------

b) Vos objectifs concernant la formation :

Evolution professionnelle des agents	Spécialisation des agents	Répondre aux nouveaux besoins de votre établissement ou de l'unité de travail	Autre (précisez) :
--------------------------------------	---------------------------	---	--------------------

c) D'où émane la demande de formation ?:

Direction	Encadrement	Agents	Autre (précisez) :
-----------	-------------	--------	--------------------

d) Combien d'agents seront à former ?

.....  
.....  
.....



APTCCB

e) Identité des agents à former ?

Corps de métier : .....

.....

Catégorie/Grade : .....

.....

Ancienneté dans

l'établissement : .....

.....

Crédit d'heures ou de jours de formation

disponibles : .....

.....

Autres éléments à porter à notre

connaissance : .....

.....

Exemplaire à nous retourner complété, daté et signé soit par mail

([contact.aptcbb@gmail.com](mailto:contact.aptcbb@gmail.com)) soit par voie postale :

**Association des Praticiens en  
Thérapie Cognitive et Comportementale de Bourgogne  
Villa l'Etoile  
3 avenue de la Concorde  
21000 Dijon**

A la réception de votre questionnaire, un responsable de l'APTCCB prendra contact avec vous afin de préciser vos besoins et de planifier la formation

**Association des Praticiens en Thérapie Cognitive et  
Comportementale de Bourgogne**

**Association régie par la loi 1901 . Président  
DIOUX Vivien**

**N° Siret : 804 369 106 00013**

**N° Organisme de formation: 27 89 01323 89**

**[www.aptcbb.fr](http://www.aptcbb.fr)**