



Association des Praticiens en Thérapie Cognitive et Comportementale de Bourgogne

Questionnaire d'évaluation de vos besoins en termes de formation

9 Rue de la voie Romaine

21310 Beire le Châtel

e-mail : contact.aptcbb@gmail.com site internet: www.aptcbb.fr

Identité du répondant

Nom :

Fonction :

Nom de la structure
:

Coordonnées :

Mail :

Téléphone :

Association régie par la loi 1901 .Présidente DOS SANTOS Claudia
N° Siret : 804 369 106 00013
N° Organisme de formation: 27 89 01323 89
Certificat Qualiopi N°2024-94422



Vos besoins en termes de formation

Entourez la proposition vous concernant :

- Vos besoins en termes de formation :
 - a. Accueillir un nouveau public avec de nouveaux besoins
 - b. Evolution Stratégique des compétences de vos agents
 - c. Augmenter le savoir-faire et le savoir-être des agents pour répondre aux besoins d'un public spécifique
 - d. Autre (précisez)
- Vos objectifs concernant la formation :
 - a. Evolution professionnelle des agents
 - b. Spécialisation des agents
 - c. Répondre aux nouveaux besoins de votre établissement ou de l'unité de travail
 - d. Autre (précisez) :
- D'où émane la demande de formation ?:
 - a. Direction
 - b. Encadrement
 - c. Agents
 - d. Autre (précisez) :
- Combien d'agents seront formés ?
.....
.....
.....
- Identité des agents à former ?
 - a. Corps de métier
:.....
.....



b. Catégorie/Grade

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

c. Ancienneté dans l'établissement

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

d. Crédit d'heures ou de jours de formation disponibles

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

e. Autres éléments à porter à notre connaissance

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

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

contact.aptcbb@gmail.com

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 régie par la loi 1901 .Présidente DOS SANTOS Claudia
N° Siret : 804 369 106 00013
N° Organisme de formation: 27 89 01323 89
Certificat Qualiopi N°2024-94422