**CADRE DE REPONSE  
ADAPTER ET FAIRE EVOLUER LE MODELE ECONOMIQUE DES ORGANISMES DE FORMATION**

**Référence de la consultation : 5CARIF2024\_3**

Identification de l’acheteur public : AGEFMA

Immeuble Foyal 2000

Rue du Gouverneur Ponton

97200 Fort de France – Martinique

Téléphone : 0596 71 11 02

SIRET : 410 589 014 00035 – NAF 8559 A

Direction Responsable : Madame Rosalie DUNON

Présidente du Conseil d’Administration

Téléphone : 0596 71 11 02

Courriel : directiongenerale@agefma.fr

Type d’acheteur : Association Loi 1901

Date limite de réception des offres : Jeudi 31 octobre 2024

Heure limite de réception de l’offre : 12 heures (horaire Martinique)

Le soumissionnaire est tenu de renseigner ce cadre de réponse

**sans le modifier ou supprimer des lignes, même non utilisées.**

Un volume maximal de réponse de 15 pages est attendu.

**Identification du soumissionnaire**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’organisme |  |
| Adresse du siège social |  |
| Adresse de l’établissement en charge du projet |  |
| Nombre d’établissements secondaires |  |
| Statut |  |
| Capital |  |
| Existence de l’organisme (mois/année) |  |
| Expérience dans le domaine de la FP (mois/année) |  |
| Certification, label qualité (joindre copie de l’attestation du certificateur en annexe) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Expériences de traitement de la thématique dans le domaine de la formation professionnelle (Accompagnements, formations, webinaires, ateliers…)** | | | |
| **Exercice** | **Chiffre d’affaires** | **Nombre de clients** | **Nombre total d’heures de formation dispensées** |
| 2023 |  |  |  |
| 2022 |  |  |  |
| 2021 |  |  |  |

**Ressources humaines disponibles**

|  |  |
| --- | --- |
| Effectif global |  |
| Répartition sur site |  |
| Ressources administratives/commerciales |  |
| Ressources pédagogiques |  |
| Equipe en charge du projet (nom/qualité/ancienneté dans l’organisme) |  |
| Responsable du projet (nom/qualité/ancienneté dans le champ de la formation) ; joindre CV en annexe |  |
| Contact (mail, téléphone) du responsable projet |  |

**Références de l’organisme en matière de d’actions de formation ou de professionnalisation des acteurs de la formation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Entités** | **Année de réalisation** | **Volume horaire dispensé** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Réponses aux attentes**

Intitulé de l’action :

|  |  |
| --- | --- |
| **Prestations** | **Réponses** |
| Contenu |  |
| Objectif pédagogique |  |
| Méthodes pédagogiques |  |
| Nombre de jours ; amplitudes horaires |  |
| Planning prévisionnel (validation par l’AGEFMA) |  |
| Modalités pédagogiques |  |
| Moyens techniques (outils) |  |
| Pré requis |  |
| Profil du public cible |  |
| Suivi post formation |  |
| Besoins de l’apprenant en équipements |  |
| Type de documentation mise à disposition (durée, moyen d’accès) |  |
| Adaptations aux situations de handicap susceptibles de mettre en œuvre |  |
| Evaluations des acquis de l’apprenant : modalités, typologie, fréquences, critères |  |

**Déroulé pédagogique**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Durée** | **Objectifs d’apprentissage** | **Modalité/Contenu** | **Activités d’apprentissage** | **Outils** | **Stratégies d’évaluation + feedbacks** |
| **Titre de la séquence :** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **Titre de la séquence :** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **Titre de la séquence :** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **Titre de la séquence :** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |

**Profil du/des intervenants** (joindre CV en annexe)

|  |  |
| --- | --- |
| Identité |  |
| Qualification |  |
| Ancienneté dans l’organisme |  |
| Statut dans l’organisation |  |
| Expérience dans l’accompagnement des acteurs de l’OFE depuis les 3 dernières années |  |
| Niveau de maîtrise des outils digitaux/numériques |  |
| Animation de formation en présentiel, à distance et/ou hybride |  |
| Compétences/expertise dans le domaine traité et domaines connexes |  |
| Références pour des actions similaires |  |
| Période de disponibilité de l’intervenant |  |

**Fait à :**

**Date :**

**Nom du signataire :**

**Qualité :**

(joindre en annexe un pouvoir s’il y a lieu)

(cachet et signature)