



Autorisation de former

Entreprise formatrice		OFPC
Raison sociale		Visite effectuée par
Branche d'activité		
Profession-s		
Adresse		Commissaire
NP Localité	Téléphone	
Répondant-e-s rencontré-e-s lors de la visite		Nom, prénom

Le préavis à l'issue de la visite est-il favorable ? oui non

La visite a eu lieu le :

Durée de la visite:

Mesures à mettre en place :

Délai :

Conseiller-ère en formation

Commissaire

Entreprise

Autorisation d'engager une personne en formation

Autorisation de former

Abandon

Refus

Direction Formation professionnelle

Genève, le

Rapport d'entretien

Entreprise formatrice	Oui	Non	Remarques
<i>LFP, OFPr, LTR, LFP, RFP, CO, ordonnances de formation</i>			
Les activités de l'entreprise répondent-elles aux exigences de la formation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un stage doit-il être organisé ? <i>Objectif</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les locaux conviennent-ils aux exigences de la formation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La place de travail pour l'apprenti-e est-elle existante ? <i>Modification-s éventuelle-s</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les installations et le matériel sont-ils conformes aux exigences de la profession et aux normes de sécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les conditions de protection de la santé sont-elles respectées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'entreprise dispose d'une activité commerciale de plusieurs années ? <i>Nbre d'années</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Formateur ou Formatrice	Oui	Non	
<i>LFP, OFPr, LFP, RFP, CO, ordonnances de formation</i>			
Nom Prénom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le-la formateur-trice détient-il-elle la qualification requise dans le domaine de la formation qu'il-elle souhaite donner ? <i>Indiquer laquelle</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le-la formateur-trice dispose-t-il-elle de l'expérience professionnelle requise dans le domaine de la formation qu'il-elle souhaite dispenser ? <i>Nbre d'années</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le-la formateur-trice a-t-il-elle une formation à la pédagogie professionnelle validée par une attestation ? ¹ <small>¹ Le-la formateur-trice dispose d'une année pour suivre la formation</small> <i>Date</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le taux d'activité du-de la formateur-trice dans l'entreprise permet-il un suivi régulier (%) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'entreprise dispose-t-elle de plusieurs formateurs-trices ? <i>Nbre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'entreprise dispose-t-elle de plusieurs professionnel-elle-s qualifié-e-s ? <i>Nbre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	