

## **Demande d’audit de certification (« Annexe II »)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opérateur de formation :**  | **N° Dossier :** (Réservé à l'Administration) | Date de réception :  |
|  |  |  |
| Sites[[1]](#footnote-1) / formations faisant l'objet de la demande d'agrément {Pour chacun du/des site(s) de formation (lieu d'activité) de votre organisme, veuillez indiquer le nombre de formations soumises à l'agrément} |
|  |  | Formations |  | Formations |  |
| **Site 1 :** |  |  | **Site 4 :** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Site 2 :** |  |  | **Site 5 :** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Site 3 :** |  |  | **Site 6 :** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **2. Certificateur :** |  |
| Nom:  |
| Nom de l'auditeur :  |  |
|  |  |
| Date(s) de rendez-vous pour l'Audit :  |
|  |  |
| **3. Tarif :**(Mettre une croix dans les cases correspondant à votre situation) |
|  |
| Audit | **complet** : |  |  |
|  |
| 1er site : |  | 1 à 15 formations  |  | 15 à 30 formations |  | Plus de 30 formations (indiquez le nombre exact) |  | …… jours : ………. € |
| 2ème site :  | 1/2 jour : …………………… € |
|  |  |
| 3ème site : | 1/2 jour : ……………………€ |
| Coût total(1+2+3):  |  |  |  |
| Modules complémentaires :  | 1 à 5 : ………. € |  | > 5 : ………. € |
| Audit reporté : |  |  |  | …………...€ |  |

Commentaire éventuel :

Nom et signature Approuvé par l'Administration

du responsable de l'organisme de formation

1. Doivent être ici pris en compte les sites principaux d’activités, soit les lieux disposant de moyens humains affectés en permanence et où se déroulent des activités récurrentes en rapport avec les formations proposées à l’agrément. [↑](#footnote-ref-1)