****

**ANNEXE 3**

**« DOSSIER DE CANDIDATURE »**

**Prestations de positionnement**

**Année 2013**

**Référence du marche :**

**Presta-PCR-2013/02**

Proposition à remettre au plus tard le :

**Le 14 Octobre 2013, avant 12 H 30**

**Association de Gestion de l’Environnement de la Formation en Martinique**

Immeuble « Foyal 2000 »- 1er étage

Rue du Gouverneur PONTON

97200 Fort-de-France

Tél. : 0596.71.11.02/ Fax : 0596.73.57.08

**Indications sur la consultation**

La présente consultation a pour objet l’achat de prestations de positionnement à l’attention de personnes ayant effectué une demande d’aide individuelle à la formation auprès du Conseil régional de Martinique.

Les prestations de positionnement ont pour objectif de conforter ou de définir un projet d’orientation et/ou de formation pertinent pour l’évolution professionnelle, en adéquation avec les besoins du territoire

**Indications sur le dossier de référencement**

Le présent dossier doit être complété par les répondants sur traitement de textes.

Il doit être :

* communiqué sous format papier à l’AGEFMA dans les délais indiqués dans le cahier des charges pour la réalisation des prestations de positionnement
* accompagné des pièces justificatives précisées infra

1 – Eléments administratifs

|  |  |
| --- | --- |
| **Présentation de l’organisme candidat** | |
| 🞍Raison sociale |  |
| Forme juridique du candidat (entreprise individuelle, SA, SARL, association, personne publique, etc.) |  |
| 🞍Date de création |  |
| 🞍N° de SIRET (établissement porteur) |  |
| 🞍N° de déclaration d’activité |  |
| 🞍Adresse du siège social : |  |
| Téléphone standard :  Téléphone GSM : |  |
| 🞍Adresse Email |  |
| 🞍Fax |  |
| Lieu de déroulement de la prestation |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Présentation des locaux** | |
| Lieu de déroulement de la prestation | Localisation obligatoire : |
| Localisation facultative : |
| Modalités d’accessibilité par les transports | Localisation obligatoire : |
| Localisation facultative : |
| Ces locaux sont-ils accessibles à des personnes handicapées | Localisation obligatoire : |
| Localisation facultative : |
| Jours et heures d’ouverture | Localisation obligatoire : |
| Localisation facultative : |
| Périodes de fermeture | Localisation obligatoire : |
| Localisation facultative : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordonnées de la personne habilitée à signer l’ensemble des documents et à engager la société** | |
| * Nom Prénom |  |
| * Qualité |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordonnées de la personne chargée du suivi financier** | |
| * Nom Prénom |  |
| * Téléphone direct |  |
| * Mail personnel |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordonnées de la personne chargée de la coordination pédagogique** | |
| * Nom Prénom |  |
| * Téléphone direct |  |
| * Mail personnel |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordonnées de la personne chargée du suivi administratif** | |
| * Nom Prénom |  |
| * Téléphone direct |  |
| * Mail personnel |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordonnées de la personne chargée du suivi du dossier de candidature** | |
| * Nom Prénom |  |
| * Téléphone direct |  |
| * Mail personnel |  |

**Identification des modalités de candidature**

*Le candidat déclare faire acte de candidature à la consultation engagée par l’AGEFMA concernant la réalisation de prestations de positionnement.*

Le candidat se présente seul

*Indiquer nom ou dénomination, adresse du siège du candidat ou du siège social, téléphone, télécopie, courriel*

OU

Le candidat se présente en groupement solidaire :

*Indiquer nom ou dénomination, adresse du mandataire, téléphone, télécopie, courriel*

L’ensemble des membres du groupement signe la lettre de candidature et l’offre du groupement

*(Tous les candidats signeront la présente lettre de candidature en remplissant le tableau de la rubrique F.)*

OU

Les membres du groupement habilitent par la présente le mandataire à les représenter. Le mandataire signe :

La candidature et l’offre l’offre seule

*(Le mandataire peut être habilité à signer l’offre seule, ou la candidature et l’offre. Tous les candidats signeront la présente lettre de candidature en remplissant le tableau de la rubrique F, qui vaudra habilitation pour le mandataire à signer l’offre. Le mandataire signera la rubrique E.)*

OU

Le mandataire a été habilité par les membres du groupement à les représenter. Le mandataire signe :

La candidature et l’offre l’offre seule

*(Le mandataire peut être habilité à signer l’offre seule, ou la candidature et l’offre.* ***Le document d’habilitation signé par tous les membres du groupement doit être annexé au présent formulaire du candidat.*** *Si le mandataire est habilité à signer l’offre seule, tous les candidats signeront la présente lettre de candidature*

|  |
| --- |
| **Groupement ou sous-traitance** |

**Présentation du groupement**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞍Identité et coordonnées des membres du groupement** | **🞍Nature de la prestation** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Présentation du ou des sous traitants**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞍Identité et coordonnées**  **des sous-traitants** | **🞍Nature de la prestation** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Références de l’organisme**

**Références générales de l’organisme**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nature de la prestation** | **Année** | **Commanditaire** | **Nombre d’actions réalisées** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Références de l’organisme en matière de réalisation de prestations**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nature de la prestation** | **Année** | **Commanditaire** | **Nombre de prestations réalisées** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Expérience de l’organisme en matière de réalisation de prestations de positionnement au cours des trois dernières années.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nature de la prestation** | **Année** | **Commanditaire** | **Nombre de prestations réalisées** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Moyens matériels**

**De quels moyens matériels disposez-vous pour la mise en œuvre de cette action ?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre dans la structure** | **Nombre dédié à cette action** | **Commentaires** |
| 🞍Salles de formation |  |  |  |
| 🞍Micro-ordinateur |  |  |  |
| 🞍Nombre d’ordinateurs équipés d’une connexion internet |  |  |  |
| 🞍Lieu ressources |  |  |  |
| 🞍Logiciels spécifiques |  |  |  |
| 🞍Matériel audio-visuel |  |  |  |

**Equipe intervenant dans l’action**

☞**Joindre les CV**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom et prénom** | **Statut (1)** | **Intervenant en qualité de (3)** | **Travail de temps annuel dans l’organisme**  **(2)** | **Phase d’intervention**  **(4)** | **Domaine d’intervention (5)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. CDI, CDD, vacataires, agent de la fonction publique, bénévole, etc
2. Durée annuelle en heures
3. Formateur coordonnateur référent, formateur intervenant, personnel administratif, personnes chargée des relations avec les prescripteurs, du positionnement, du bilan intermédiaire ou final, du suivi en entreprise, de l’accompagnement transversal,
4. Ex : phase « vérification du projet professionnel »
5. Préciser la fonction, la matière ou la discipline