|  |  |
| --- | --- |
|  | **CADRE DE RÉPONSE** |
| **APPEL À MANIFESTATION D’INTÉRÊT VISANT l’HABILITATION DE PRESTATAIRES DE FORMATIONS ET D’EVALUATION EN VUE DE LA MISE EN ŒUVRE DU CQP « TRACTORISTE AGRICOLE »** **DE LA CPNE EN AGRICULTURE** **Certification enregistrée au RNCP - N°40925** |
| **ANNÉE(S) : 2025** |
| **REGION Auvergne Rhône-Alpes** |
| Date limite de réponse : 24 octobre 2025 à 17h00 |

|  |  |
| --- | --- |
| * **FORMAT DE RÉPONSE**
 |  |
| * Ce cadre de réponse est à renseigner en veillant à compléter les zones prévues à cet effet et en restant synthétique. A ce document peuvent être ajoutées des annexes en pièces-jointes.
* Votre candidature est à envoyer à l’adresse e-mail : pgranet@frsea-aura.fr en précisant en objet du courriel : CQP « TRACTORISTE AGRICOLE » - Nom de l’organisme – Candidature 2025
* Les organismes appartenant à un réseau peuvent effectuer une seule réponse de manière groupée au nom dudit réseau. Le réseau peut demander une habilitation pour un ou plusieurs centres. Dans ce cas, chaque centre demandant à être référencé devra compléter la fiche de présentation de l’organisme ainsi que compléter et signer l’attestation d’engagement.
 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * **PRÉSENTATION DE L’ORGANISME**
 |  |  |  |  |  |
| **Nom de l’organisme** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Numéro de déclaration d’activité** |  |
| **Numéro SIRET** |  |
| **Numéro de référencement QUALIOPI** |  |
| **Autres normes, labels, certifications qualité de l’organisme** (ISO 9001, OPQF,…) |  |
| **Agrément ou habilitation** (nécessaire à la mise en œuvre du CQP) |  |
| **Adresse postale** |  |
| **Numéro de téléphone**  |  |
| **Lien URL du site web de l’organisme** |  |
| **Date de création de l’organisme** |  |
| **Chiffre d’affaires annuel sur les 3 derniers exercices** | **Année N :** |  | **N-1 :** |  | **N-2 :** |  |
| **Nombre de salariés** | Permanents :  | Occasionnels :  |
| **Directeur de l’organisme** (Prénom, Nom) |  |
| **Contact principal** |  |
| **Adresse e-mail du contact principal** |  |
| **Numéro de téléphone du contact principal** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| * **IDENTIFICATION DU (DES) SOUS-TRAITANT(S)**
 |  |
| **Nom commercial** |  |  |
| **Statut juridique** |  |  |
| **Numéro de déclaration d’activité** |  |  |
| **Numéro SIRET** |  |  |
| **Numéro de référencement QUALIOPI**  |  |  |
| **Autres normes, labels, certifications qualité de l’organisme** (ISO 9001, OPQF,…) |  |  |
| **Adresse postale** |  |  |
| **Code postal** |  |  |
| **Ville** |  |  |
| **Directeur** (Prénom, Nom) |  |  |
| **Prestations exécutées par le sous-traitant** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| * **IDENTIFICATION DU (DES) Centres pouvant être habilités**
 |  |
| **Nom commercial** |  |  |
| **Statut juridique** |  |  |
| **Numéro de déclaration d’activité** |  |  |
| **Numéro SIRET** |  |  |
| **Numéro de référencement QUALIOPI**  |  |  |
| **Autres normes, labels, certifications qualité de l’organisme** (ISO 9001, OPQF,…) |  |  |
| **Adresse postale** |  |  |
| **Code postal** |  |  |
| **Ville** |  |  |
| **Directeur** (Prénom, Nom) |  |  |
| **Prestations exécutées par le centre** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| * **REFORMULATION DE LA DEMANDE ET DES ENJEUX PERÇUS POUR LES PUBLICS VISÉS**
 |  |
| Expérience de l’organisme au regard du ou des public(s) visé(s) et modalités de prise en compte des spécificités des publics et des entreprises  |
| Champ à remplir (2 pages maximum) |

|  |  |
| --- | --- |
| * **PRÉSENTATION DE L’OFFRE GLOBALE**
 |  |
| Projet de formation, programmes et modalités pédagogiques mettant en évidence la capacité du prestataire à identifier des objectifs de formation conformes aux compétences visées par le CQP et à adapter son offre au public à former. |
| Champ à remplir (2 pages maximum) |

|  |  |
| --- | --- |
| * **PRÉSENTATION DU PROJET PÉDAGOGIQUE**
 |  |
| Le tableau suivant est à remplir impérativement par le prestataire, en complément de la présentation globale de l’offre. Il permet de démontrer la qualité de l’ingénierie de formation proposée et de vérifier l’exhaustivité de l’offre au regard du référentiel CQP |
| **Nom de la séquence** | **Module visé** | **Durée mini heures)** | **Durée maxi (en heures)** | **Objectifs de formation (compétences visées)** | **Contenu de la formation** | **Modalités pédagogiques envisagées** | **Modalités d’évaluation[[1]](#footnote-1)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| * **DISPOSITIF D’ÉVALUATION ET DE SUIVI (1)**
 |  |
| **MODALITÉS ET OUTILS DE POSITIONNEMENT**L’organisme de formation indique les modalités de prise en compte des prérequis et des acquis des stagiaires. Il présente l’outil de positionnement créé ou les modalités envisagées pour positionner le candidat et individualiser les parcours de formation. |
| Champ à remplir (2 pages maximum) |

|  |  |
| --- | --- |
| * **DISPOSITIF D’ÉVALUATION ET DE SUIVI (2)**
 |  |
| **DISPOSITIF DE SUIVI PÉDAGOGIQUE**L’organisme de formation indique les modalités de réalisation du suivi des stagiaires en entreprise : * tutorat et lien avec l’entreprise, le tuteur ou le maître de stage ;
* modalités de la régulation ;
* livret de suivi à communiquer en annexe, calendrier ou périodicité des visites en entreprise, etc.

**En cas de FOAD, le modèle d’attestation d’assiduité utilisé est à joindre par le prestataire.** |
| Champ à remplir (2 pages maximum) |

|  |  |
| --- | --- |
| * **DISPOSITIF DE SUIVI ET D’AMÉLIORATION CONTINUE DU DISPOSITIF**
 |  |
| Modalités de prise en compte des appréciations des stagiaires, démarche d’amélioration continue, indicateurs de performance, types d’actions correctives pouvant être envisagés. |
| Champ à remplir (2 pages maximum) |

|  |  |
| --- | --- |
| * **MODALITÉS D’EXÉCUTION DE LA SOUS-TRAITANCE**
 |  |
| Domaines d’intervention du ou des sous-traitant(s), répartition et montants financiers concernés, etc. |
| Champ à remplir (2 pages maximum) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **RÉFÉRENCES DU PRESTATAIRE DE FORMATION ET DES INTERVENANTS**
 |  |  |
| **RÉFÉRENT DE l’ORGANISME DE FORMATION OU RESPONSABLE PÉDAGOGIQUE POUR LE CQP** |
| **Prénom, Nom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Adresse e-mail** |  |
| **Numéro de téléphone** |  |
|  |
| **ACCOMPAGNATEUR VAE DE l’ORGANISME DE FORMATION POUR LE CQP** |
| **Prénom, Nom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Adresse e-mail** |  |
| **Numéro de téléphone** |  |
| **ÉQUIPE PÉDAGOGIQUE**Noms, prénoms, références/ expériences des intervenants, salariés et/ou sous-traitants, en lien avec le sujet à traiter. **Il est recommandé à l’organisme de formation d’utiliser le modèle de CV proposé ci-après.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANISME PRESTATAIRE DE FORMATION**  |  |
| **CV 1 - NOM-PRÉNOM DU FORMATEUR** |  |
| STATUT | ❒ Salarié(e) de l’organisme de formation |
|  ❒ CDI |  ❒ CDD |  ❒ Temps plein | ❒ Temps partiel |
| ❒ Vacataire/Indépendant | ❒ Autre : ………………………… |
| Date d’entrée/de début d’intervention :  |
| FONCTION |  |
| DOMAINES/ MODULES/ BLOCS D’INTERVENTION DANS LE CQP |  |
| SECTEURSD’INTERVENTIONS |  |
| QUALIFICATIONS(Diplômes et formations) |  |
| EXPERIENCESPROFESSIONNELLES(dont interventions en formation)*Précisez les années de début et fin* |  |
| FORMATION CONTINUE SUIVIE (depuis les 3 dernières années et en rapport avec le domaine de l’action et/ou de nature pédagogique)*Indiquez l’année* |  |
| TYPE DE PUBLIC FORMÉ | ❒ Salariés | ❒ Demandeurs d’emploi | ❒ Travailleurs handicapés |
| ❒ Alternance | ❒ Autres : …………………………………………. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANISME PRESTATAIRE DE FORMATION**  |  |
| **CV 2 - NOM-PRÉNOM DU FORMATEUR** |  |
| STATUT | ❒ Salarié(e) de l’organisme de formation |
|  ❒ CDI |  ❒ CDD |  ❒ Temps plein | ❒ Temps partiel |
| ❒ Vacataire/Indépendant | ❒ Autre : ………………………… |
| Date d’entrée/de début d’intervention :  |
| FONCTION |  |
| DOMAINES/ MODULES/ BLOCS D’INTERVENTION DANS LE CQP |  |
| SECTEURSD’INTERVENTIONS |  |
| QUALIFICATIONS(Diplômes et formations) |  |
| EXPERIENCESPROFESSIONNELLES(dont interventions en formation)*Précisez les années de début et fin* |  |
| FORMATION CONTINUE SUIVIE (depuis les 3 dernières années et en rapport avec le domaine de l’action et/ou de nature pédagogique)*Indiquez l’année* |  |
| TYPE DE PUBLIC FORMÉ | ❒ Salariés | ❒ Demandeurs d’emploi | ❒ Travailleurs handicapés |
| ❒ Alternance | ❒ Autres : …………………………………………. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANISME PRESTATAIRE DE FORMATION**  |  |
| **CV 3 - NOM-PRÉNOM DU FORMATEUR** |  |
| STATUT | ❒ Salarié(e) de l’organisme de formation |
|  ❒ CDI |  ❒ CDD |  ❒ Temps plein | ❒ Temps partiel |
| ❒ Vacataire/Indépendant | ❒ Autre : ………………………… |
| Date d’entrée/de début d’intervention :  |
| FONCTION |  |
| DOMAINES/ MODULES/ BLOCS D’INTERVENTION DANS LE CQP |  |
| SECTEURSD’INTERVENTIONS |  |
| QUALIFICATIONS(Diplômes et formations) |  |
| EXPERIENCESPROFESSIONNELLES(dont interventions en formation)*Précisez les années de début et fin* |  |
| FORMATION CONTINUE SUIVIE (depuis les 3 dernières années et en rapport avec le domaine de l’action et/ou de nature pédagogique)*Indiquez l’année* |  |
| TYPE DE PUBLIC FORMÉ | ❒ Salariés | ❒ Demandeurs d’emploi | ❒ Travailleurs handicapés |
| ❒ Alternance | ❒ Autres : …………………………………………. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANISME PRESTATAIRE DE FORMATION**  |  |
| **CV 4 - NOM-PRÉNOM DU FORMATEUR** |  |
| STATUT | ❒ Salarié(e) de l’organisme de formation |
|  ❒ CDI |  ❒ CDD |  ❒ Temps plein | ❒ Temps partiel |
| ❒ Vacataire/Indépendant | ❒ Autre : ………………………… |
| Date d’entrée/de début d’intervention :  |
| FONCTION |  |
| DOMAINES/ MODULES/ BLOCS D’INTERVENTION DANS LE CQP |  |
| SECTEURSD’INTERVENTIONS |  |
| QUALIFICATIONS(Diplômes et formations) |  |
| EXPERIENCESPROFESSIONNELLES(dont interventions en formation)*Précisez les années de début et fin* |  |
| FORMATION CONTINUE SUIVIE (depuis les 3 dernières années et en rapport avec le domaine de l’action et/ou de nature pédagogique)*Indiquez l’année* |  |
| TYPE DE PUBLIC FORMÉ | ❒ Salariés | ❒ Demandeurs d’emploi | ❒ Travailleurs handicapés |
| ❒ Alternance | ❒ Autres : …………………………………………. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANISME PRESTATAIRE DE FORMATION**  |  |
| **CV 5 - NOM-PRÉNOM DU FORMATEUR** |  |
| STATUT | ❒ Salarié(e) de l’organisme de formation |
|  ❒ CDI |  ❒ CDD |  ❒ Temps plein | ❒ Temps partiel |
| ❒ Vacataire/Indépendant | ❒ Autre : ………………………… |
| Date d’entrée/de début d’intervention :  |
| FONCTION |  |
| DOMAINES/ MODULES/ BLOCS D’INTERVENTION DANS LE CQP |  |
| SECTEURSD’INTERVENTIONS |  |
| QUALIFICATIONS(Diplômes et formations) |  |
| EXPERIENCESPROFESSIONNELLES(dont interventions en formation)*Précisez les années de début et fin* |  |
| FORMATION CONTINUE SUIVIE (depuis les 3 dernières années et en rapport avec le domaine de l’action et/ou de nature pédagogique)*Indiquez l’année* |  |
| TYPE DE PUBLIC FORMÉ | ❒ Salariés | ❒ Demandeurs d’emploi | ❒ Travailleurs handicapés |
| ❒ Alternance | ❒ Autres : …………………………………………. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANISME PRESTATAIRE DE FORMATION**  |  |
| **CV 6 - NOM-PRÉNOM DU FORMATEUR** |  |
| STATUT | ❒ Salarié(e) de l’organisme de formation |
|  ❒ CDI |  ❒ CDD |  ❒ Temps plein | ❒ Temps partiel |
| ❒ Vacataire/Indépendant | ❒ Autre : ………………………… |
| Date d’entrée/de début d’intervention :  |
| FONCTION |  |
| DOMAINES/ MODULES/ BLOCS D’INTERVENTION DANS LE CQP |  |
| SECTEURSD’INTERVENTIONS |  |
| QUALIFICATIONS(Diplômes et formations) |  |
| EXPERIENCESPROFESSIONNELLES(dont interventions en formation)*Précisez les années de début et fin* |  |
| FORMATION CONTINUE SUIVIE (depuis les 3 dernières années et en rapport avec le domaine de l’action et/ou de nature pédagogique)*Indiquez l’année* |  |
| TYPE DE PUBLIC FORMÉ | ❒ Salariés | ❒ Demandeurs d’emploi | ❒ Travailleurs handicapés |
| ❒ Alternance | ❒ Autres : …………………………………………. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANISME PRESTATAIRE DE FORMATION**  |  |
| **CV 7 - NOM-PRÉNOM DU FORMATEUR** |  |
| STATUT | ❒ Salarié(e) de l’organisme de formation |
|  ❒ CDI |  ❒ CDD |  ❒ Temps plein | ❒ Temps partiel |
| ❒ Vacataire/Indépendant | ❒ Autre : ………………………… |
| Date d’entrée/de début d’intervention :  |
| FONCTION |  |
| DOMAINES/ MODULES/ BLOCS D’INTERVENTION DANS LE CQP |  |
| SECTEURSD’INTERVENTIONS |  |
| QUALIFICATIONS(Diplômes et formations) |  |
| EXPERIENCESPROFESSIONNELLES(dont interventions en formation)*Précisez les années de début et fin* |  |
| FORMATION CONTINUE SUIVIE (depuis les 3 dernières années et en rapport avec le domaine de l’action et/ou de nature pédagogique)*Indiquez l’année* |  |
| TYPE DE PUBLIC FORMÉ | ❒ Salariés | ❒ Demandeurs d’emploi | ❒ Travailleurs handicapés |
| ❒ Alternance | ❒ Autres : …………………………………………. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANISME PRESTATAIRE DE FORMATION**  |  |
| **CV 8 - NOM-PRÉNOM DU FORMATEUR** |  |
| STATUT | ❒ Salarié(e) de l’organisme de formation |
|  ❒ CDI |  ❒ CDD |  ❒ Temps plein | ❒ Temps partiel |
| ❒ Vacataire/Indépendant | ❒ Autre : ………………………… |
| Date d’entrée/de début d’intervention :  |
| FONCTION |  |
| DOMAINES/ MODULES/ BLOCS D’INTERVENTION DANS LE CQP |  |
| SECTEURSD’INTERVENTIONS |  |
| QUALIFICATIONS(Diplômes et formations) |  |
| EXPERIENCESPROFESSIONNELLES(dont interventions en formation)*Précisez les années de début et fin* |  |
| FORMATION CONTINUE SUIVIE (depuis les 3 dernières années et en rapport avec le domaine de l’action et/ou de nature pédagogique)*Indiquez l’année* |  |
| TYPE DE PUBLIC FORMÉ | ❒ Salariés | ❒ Demandeurs d’emploi | ❒ Travailleurs handicapés |
| ❒ Alternance | ❒ Autres : …………………………………………. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANISME PRESTATAIRE DE FORMATION**  |  |
| **CV 9 - NOM-PRÉNOM DU FORMATEUR** |  |
| STATUT | ❒ Salarié(e) de l’organisme de formation |
|  ❒ CDI |  ❒ CDD |  ❒ Temps plein | ❒ Temps partiel |
| ❒ Vacataire/Indépendant | ❒ Autre : ………………………… |
| Date d’entrée/de début d’intervention :  |
| FONCTION |  |
| DOMAINES/ MODULES/ BLOCS D’INTERVENTION DANS LE CQP |  |
| SECTEURSD’INTERVENTIONS |  |
| QUALIFICATIONS(Diplômes et formations) |  |
| EXPERIENCESPROFESSIONNELLES(dont interventions en formation)*Précisez les années de début et fin* |  |
| FORMATION CONTINUE SUIVIE (depuis les 3 dernières années et en rapport avec le domaine de l’action et/ou de nature pédagogique)*Indiquez l’année* |  |
| TYPE DE PUBLIC FORMÉ | ❒ Salariés | ❒ Demandeurs d’emploi | ❒ Travailleurs handicapés |
| ❒ Alternance | ❒ Autres : …………………………………………. |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **RÉFÉRENCES DU PRESTATAIRE DE FORMATION ET DES INTERVENANTS**
 |  |  |
| **RÉFÉRENCES DE L’ORGANISME DE FORMATION CONCERNANT LES CQP DE LA CPNE EN AGRICULTURE** |
| **Réf.** | **Année** | **CQP** | **Bloc(s) de compétences couvert(s)** | **Public(s) visé(s)** | **Nbre de stagiaires** | **Résultat(s)** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **RÉFÉRENCES DU OU DES SOUS-TRAITANT(S) DU PRESTATAIRE CONCERNANT LES CQP DE LA CPNE EN AGRICULTURE** |
| **Réf.** | **Année** | **CQP** | **Bloc(s) de compétences couvert(s)** | **Public(s) visé(s)** | **Nbre de stagiaires** | **Résultat(s)** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **MOYENS PÉDAGOGIQUES**
 |  |  |
| Pour la mise en œuvre du projet pédagogique, l’organisme de formation indique quels sont les installations, les équipements, le matériel mobilisé. Des photographies sont utilisables.Il précise par quelle entité juridique ces éléments sont détenus (en propre, location, sous-traitant, etc.). |
| Champ à remplir |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **COMMUNICATION ET GESTION ADMINISTRATIVE**
 |  |  |
| L’organisme de formation présente ses modalités :* De promotion des actions
* De recrutement des stagiaires (médias, supports, outils…)
* D’information des tiers sur les activités de l’organisme : date des sessions, programmes, certifications, résultats obtenus, …
* De communication avec la CPRE/CPNE en Agriculture pour les éléments de suivi :
	+ Etat des sessions en cours comportant le nombre de stagiaires de chaque session
	+ Etat des taux de réussite par CQP et par session
	+ Etat de l’insertion des candidats, à la fin du parcours, entre 6 mois et 2 ans après obtention de la certification
 |
| Champ à remplir |
| Champ à remplir |
| L’organisme de formation indique : * Identité et coordonnées du contact administratif
* Moyens mis en œuvre pour la gestion des dossiers
 |
| Champ à remplir |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES**
 |  |  |
| Le prestataire précise des éléments jugés complémentaires au dossier de réponse de référencement. |
| Champ à remplir (2 pages maximum) |

|  |  |
| --- | --- |
| * **ATTESTATION D’ENGAGEMENT**
 |  |

( à compléter et à signer par chaque prestataire de formation)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du prestataire |  |
| Adresse |  |
| Numéro de SIRET |  |

**Tout dépôt d’une demande d’habilitation** vaut acceptation pleine, entière et sans réserve par le candidat du cahier des charges dans le cadre de la mise en œuvre du CQP « TRACTORISTE AGRICOLE » en région Auvergne Rhône-Alpes.

Je reconnais avoir pris connaissance du **référentiel de la certification** et m’engage à la respecter**.**

J’autorise la CPNE en Agriculture à faire paraître mes coordonnées et celles des intervenants sur le site d’OCAPIAT [www.ocapiat.org](http://www.ocapiat.org) au titre de la communication de la liste des prestataires de formation agréés à mettre en œuvre le CQP « TRACTORISTE AGRICOLE » en région Auvergne Rhône-Alpes.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *Mention « Lu et approuvé », suivi de la signature du candidat* | *Date et lieu* |

1. Dans le cas des FOAD ou des parcours, le prestataie de formation prévoira des évaluations intermédiaires (jalons), les travaux demandés, les évaluations finales, et tout autre moyen de preuve, en cours ou en fin de formation pour permettre d’apprécier le bon déroulement et la réalité de la formation. [↑](#footnote-ref-1)