

QUALITE DE VIE AU TRAVAIL (QVT) : L'INTEGRER DANS SON MANAGEMENT

2 JOURS POUR COMPRENDRE LES NOUVELLES DIMENSIONS DE L'A.N.I.
(ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL) SUR LA QVT ET METTRE EN ŒUVRE
LES MODALITES DE LA SANTE AU TRAVAIL DE VOS COLLABORATEURS

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Se familiariser avec l'Accord National Interprofessionnel
- Evaluer et prévenir les risques à la source
- Communiquer autour de la Qualité de Vie au Travail auprès de ses équipes

METHODES PEDAGOGIQUES

- Apports théoriques et pratiques
- Echanges en grand groupe à partir de situations concrètes
- Elaboration d'un plan d'action individuel

PREREQUIS : Aucun

1 JOUR (7 HEURES)

POUR NOUS CONTACTER

MFC

24, rue Morère 75014 PARIS

Tel. : 01 46 77 09 64

Mail : bienvenue@mediationfc.fr

POUR CONSULTEZ NOS PROGRAMMES

www.mediationfc.fr

PROFIL FORMATEUR

Consultant Expert en Prévention des
RPS et QVT

TARIF

1200,00 € ht

Convention de Formation

Les frais de repas sont à la charge de
l'entreprise

PROGRAMME

PREV 1.6

Qu'est-ce que la QVT ?

Identifier et délimiter le champ de la QVT
Cadre juridique et liens avec la Signature
d'un accord QVT

Evaluer et agir en fonction de la situation rencontrée

Nommer ce qui a fonctionné et qui mérite
d'être encouragé
Nommer ce qui n'a pas fonctionné et qui
mérite une analyse pour une nouvelle
expérimentation

Manager le bien-être et la qualité de vie au travail au sein de son équipe

Comprendre ce qui motive réellement les
collaborateurs
Clarifier les rôles de chacun et renforcer les
pratiques de reconnaissance

Vivre et faire vivre la démarche QVT au sein de son équipe

Comprendre les effets d'une attitude
managériale positive sur la santé au travail

Elaborer son plan d'action QVT auprès de ses collaborateurs

1 à 2 mois après : Séance individuelle de
coaching pour faire le point (1h)

Délivrance

Attestation de formation



QUALITE DE VIE AU TRAVAIL (QVT) : L'INTEGRER DANS SON MANAGEMENT

Merci de retourner ce bulletin dûment complété à MEDIATION FORMATION CONSEIL

REFERENCE DE LA FORMATION

.....

Session du au

Société

Adresse

Code Postal |_|_|_|_| Ville

Participant(e) Nom Prénom

Profession

Adresse :

Code Postal |_|_|_|_| Ville

Téléphone E-mail

Facturation

Société

Adresse

Code Postal |_|_|_|_| Ville

Dossier suivi par Mme Mlle M. Fonction

Autres informations utiles..... Fait à Le



Signature