

**RÉPUBLIQUE DU NIGER**  
*Fraternité – Travail – Progrès*  
**MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES**  
**SECRETARIAT GÉNÉRAL**



**PROGRAMME « ESPACE PME »**

**1er cycle de formations 2026**

***Développement personnel du dirigeant · Leadership, management et motivation des équipes***  
***· Gestion des ressources humaines dans les PME/PMI***

**FICHE DE CANDIDATURE**

**À retenir avant de remplir la fiche**

- Formation entièrement prise en charge par le FONAP (aucun frais de participation).
- Trois (03) sessions de trois (03) jours au choix :
  - **Session 1** : Niamey, du 17 au 19 septembre 2026
  - **Session 2** : Niamey, du 20 au 22 septembre 2026
  - **Session 3** : Maradi, du 24 au 26 septembre 2026
- La participation est nominative et engage le candidat sur la totalité des trois (03) jours.
- **Date limite de dépôt : 15/09/2026 à 17h00.**

**I. IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE**

|                                         |                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Raison sociale / Nom commercial         |                                                                                                                                                                                      |
| Forme juridique                         | <input type="checkbox"/> Entreprise individuelle <input type="checkbox"/> SARL <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> SCOOPS <input type="checkbox"/><br>Autre : ..... |
| Numéro RCCM                             |                                                                                                                                                                                      |
| Numéro d'Identification Fiscale (NIF)   |                                                                                                                                                                                      |
| Date de création de l'entreprise        |                                                                                                                                                                                      |
| Secteur d'activité                      | <input type="checkbox"/> Agroalimentaire / transformation <input type="checkbox"/> Commerce <input type="checkbox"/> BTP                                                             |
|                                         | <input type="checkbox"/> Services aux entreprises <input type="checkbox"/> Numérique / TIC <input type="checkbox"/> Artisanat                                                        |
|                                         | <input type="checkbox"/> Agriculture / élevage                                                                                                                                       |
|                                         | <input type="checkbox"/> Autre : .....                                                                                                                                               |
| Activité principale (en une phrase)     |                                                                                                                                                                                      |
| Région / Commune / Quartier             |                                                                                                                                                                                      |
| Chiffre d'affaires annuel estimé (FCFA) | <input type="checkbox"/> < 10 M <input type="checkbox"/> 10 – 50 M <input type="checkbox"/> 50 – 100 M <input type="checkbox"/> 100 – 250 M <input type="checkbox"/> > 250 M         |
| Effectif employé                        | Permanents : ..... Saisonniers : ..... dont femmes : .....                                                                                                                           |

|                             |                                                                                                      |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personnel déclaré à la CNSS | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Démarche en cours |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## II. IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

**Un seul participant par entreprise. Le participant doit être le dirigeant lui-même ou un cadre disposant d'un pouvoir de décision.**

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom et prénom(s)           |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Sexe / Âge                 | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme<br>Âge : ..... ans                                                                                                                                                                             |
| Fonction dans l'entreprise | <input type="checkbox"/> Dirigeant / Promoteur <input type="checkbox"/> Directeur général <input type="checkbox"/> RAF<br><input type="checkbox"/> Responsable RH <input type="checkbox"/> Chef de service / d'équipe <input type="checkbox"/> Autre : ..... |
| Niveau d'instruction       | <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/> Alphabétisé / non scolarisé                                                                                                |
| Téléphone / WhatsApp       |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Adresse électronique       |                                                                                                                                                                                                                                                              |

## III. RELATION AVEC LE FONAP ET LES DISPOSITIFS D'APPUI

|                                                |                                                                                                                |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Avez-vous déjà bénéficié d'un appui du FONAP ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui,<br>lequel :                                         |
| Votre entreprise tient-elle une comptabilité ? | <input type="checkbox"/> Oui, formalisée <input type="checkbox"/> Suivi simplifié <input type="checkbox"/> Non |

## IV. BESOINS ET ATTENTES

**1. Parmi les difficultés suivantes, cochez les trois (03) qui affectent le plus votre entreprise :**

- |                                                                           |                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Organisation du travail et répartition des rôles | <input type="checkbox"/> Motivation et fidélisation du personnel            |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à déléguer                            | <input type="checkbox"/> Conflits internes et discipline                    |
| <input type="checkbox"/> Gestion du temps et des priorités                | <input type="checkbox"/> Recrutement et intégration du personnel            |
| <input type="checkbox"/> Communication avec les équipes                   | <input type="checkbox"/> Contrats de travail et obligations sociales (CNSS) |
| <input type="checkbox"/> Prise de décision et vision stratégique          | <input type="checkbox"/> Autre : .....                                      |

**2. Qu'attendez-vous concrètement de cette formation pour votre entreprise ? (3 lignes maximum)**

.....

.....

.....

## V. SESSION SOUHAITÉE

| Session   | Lieu   | Dates                  | Choix                    |
|-----------|--------|------------------------|--------------------------|
| Session 1 | Niamey | 17 – 19 septembre 2026 | <input type="checkbox"/> |
| Session 2 | Niamey | 20 – 22 septembre 2026 | <input type="checkbox"/> |

| Session   | Lieu   | Dates                  | Choix                    |
|-----------|--------|------------------------|--------------------------|
| Session 3 | Maradi | 24 – 26 septembre 2026 | <input type="checkbox"/> |

Confirmez-vous votre disponibilité pour la totalité des trois (03) jours de la session choisie ? ☐ Oui ☐ Non

## VI. PIÈCES À JOINDRE

☐ Copie du RCCM    ☐ Copie du NIF    ☐ Copie de la pièce d'identité du participant    ☐ Copie ARF à jour

***Les candidatures incomplètes ne pourront pas être examinées par le service SAC/RC.***

## VII. ENGAGEMENT DU CANDIDAT

Je soussigné(e), .....,

certifie l'exactitude des informations portées sur la présente fiche et m'engage à :

- participer à l'intégralité des trois (03) jours de la session pour laquelle ma candidature serait retenue ;
- renseigner les outils d'évaluation de la formation et à me prêter au suivi post-formation ;
- informer le FONAP sans délai en cas d'empêchement, afin de permettre le remplacement effectif de ma place.

J'autorise le FONAP à utiliser les images et témoignages recueillis durant la formation à des fins de communication institutionnelle : ☐ Oui ☐ Non

**Signature du candidat**

**Fait à ....., le ..... / ..... / 2026**