*« Nom de votre entreprise »*

**Évaluation des compétences après formation**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du participant |  |
| Nom du supérieur |  |
| Titre de la formation |  |
| Date de la première évaluation |  |
| Date de la formation |  |
| Date de la deuxième évaluation |  |

**Légende**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | s. o. |
| Échec | Faible | Moyen | Bon | Excellent | Sans objet |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Contenu de la formation** | **Première évaluation** | **Deuxième évaluation** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |