

Prénom : **Nom :** **Classe :**

**Rapport de formation de l'entreprise pour assistants en pharmacie CFC:
 Année II – Semestre II**

| Évaluation (cocher ce qui convient) (Important: il faut atteindre au minimum le niveau 4 à la fin de la troisième année) | C 1 | C 2 | C 3 | C 4 | C 5 | C 6 | C 8 | C 9 |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| La personne en formation gère quelques situations simples, bien définies et structurées sous supervision directe. Elle a la possibilité de demander facilement des compléments d'information. | | | | | | | | |
| La personne en formation gère des situations analogues, simples, bien définies et structurées, avec possibilité de demander facilement des compléments d'information. (Transfert) | | | | | | | | |
| La personne en formation gère aisément et de façon autonome des situations analogues, simples, bien définies et structurées dans un contexte familial. (Autonomie) | | | | | | | | |
| La personne en formation gère aisément, de façon autonome et fiable, des situations analogues dans divers contextes. (Fiabilité) | | | | | | | | |
| La personne en formation gère des situations analogues, complexes, peu définies et structurées de façon autonome et fiable. (Complexité) | | | | | | | | |
| La personne en formation gère de nouvelles situations exigeantes, complexes, peu définies et structurées de façon autonome, fiable et créative en tenant compte des autres possibilités. (Créativité) | | | | | | | | |
| Satisfaisant | | | | | | | | |
| Insatisfaisant | | | | | | | | |
| Remarques/Mesures d'amélioration (Important: il faut indiquer les motifs et proposer des mesures d'amélioration pour chaque compétence jugée insatisfaisante.) | | | | | | | | |
| Date/Signature du formateur: | | | | | | | | |
| Date/Signature du mentor: | | | | | | | | |

| Évaluation du dossier de formation | | |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Forme (expression, clarté, présentation soignée) | <input type="checkbox"/> ☹ | <input type="checkbox"/> ☺ |
| Régularité | <input type="checkbox"/> ☹ | <input type="checkbox"/> ☺ |
| Intégralité | <input type="checkbox"/> ☹ | <input type="checkbox"/> ☺ |
| Remarques: | | |
| Date/Signature du formateur: | | |
| Date/Signature du mentor: | | |