Support d’EVALUATION

Fiche à compléter à l’issue de chaque session de formation, d’observation ou de mise en situation, ou au rythme d’une fois par trimestre et à retourner à l’administration employeur qui en adresse une copie au CDG 13.

|  |
| --- |
| **Administration employeur** |
| Nom de la collectivité ou de l’établissement :Nom du maire ou du président : |
| Coordonnées du référent de l’administration employeur  |
| Nom :  | Prénom : |
| Téléphone : | Mail : |
| **Fonctionnaire bénéficiaire de la période de préparation au reclassement** |
| Nom :  | Prénom : |
| Date de naissance |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|  | Grade : |
| Projet de transition professionnelle : |  |
| **Référent de l’action** (formateur, tuteur, encadrant etc.) |
| Nom : | Fonctions : |
| **Nature de l’action** (case à cocher au choix) |
| [ ]  Formation Intitulé de la formation : |
| [ ]  Observation  | [ ]  Mise en situation |
| Nom du service d’accueil : |
| Période : du |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_\_| au |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_\_| |

|  |
| --- |
| **Evaluation par le référent de l’action** |
| **Objectifs de la formation / observation / mise en situation :** | **Atteints** | **Partiellement atteints** | **Non atteints** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Compétences acquises** |
|  |
|  |
|  |
| **Missions accomplies par le fonctionnaire** (le cas échéant)  |
|  |
| **Manières de servir**(si observation / mise en situation) | **Satisfaisant** | **A améliorer** | **A développer** |
| Facultés d’adaptation, réactivité |  |  |  |
| Implication |  |  |  |
| Aisance relationnelle et esprit d’équipe |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |
| **Observations générales / axes d’amélioration au vu du projet de transition professionnelle** |
|  |
| Date et signature du référent de l’action |
| **Commentaires/observations de l’agent** |
| Date et signature de l’agent |