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 | | | |