

# TEST D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES

**Formation :** ..... **Formateur :** .....

**Stagiaire :** ..... **Date :** ...../...../20.....

COMPÉTENCES OPÉRATIONNELLES À ÉVALUER	CRITÈRES D'ÉVALUATION	NIVEAU DE VALIDATION	REMARQUE
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis	
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis	
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis	
		<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Non acquis	

REMARQUES : .....

.....

.....

.....

Visa du responsable de formation

PROXIMA CENTAURI COMPANY

M .....

le ...../...../20.....

Fait à..... le ...../...../20.....

Pour la société Proxima Centauri Company

M .....

Signature du formateur :