**Evaluation des intervenants internes et/ou externes**

DATE :

LIEU :

PÉRIODE APPRÉCIÉE :

|  |
| --- |
| **FAISANT L’OBJET DE L’APPRÉCIATION**  NOM Prénom :  Formation(s) sous-traitée(s) :  Depuis le : |
| **RESPONSABLE CHARGE DE L’APPRÉCIATION**  NOM Prénom :  Fonction : |

#### **OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN**

#### Evaluer les compétences des intervenants internes et/ou externes

#### Faire le point sur les résultats obtenus en fonction des objectifs fixés

#### Évoquer les aspects qui ont favorisé ou gêné l'activité du collaborateur

#### Définir les objectifs et les moyens à mettre en œuvre pour la période à venir

|  |
| --- |
| **Avez-vous suivi une formation au cours de l’année 2020 ?**  **(Certifiante, Diplômante, Informative, Réunion, …)** |
| OUI NON  Si OUI, précisez : |

|  |
| --- |
| **Avez-vous pour projet de suivre une formation pour l’année à venir ?** |
| OUI NON  Si OUI, précisez : |

|  |
| --- |
| **Combien de formations avez-vous animées dans les domaines de compétences sur lesquelles notre Organisme de Formation a fait appel à vous ?** |
| Aucune Entre 1 et 5 Entre 6 et 10 Plus de 10 formations |

|  |
| --- |
| **Avez-vous à votre catalogue, de nouvelles formations à proposer pour l’année à venir à notre centre de formation en qualité d’intervenant ?** |
| OUI NON  Si OUI, précisez : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vous et notre Organisme Formation** | **Perception**  **De**  **L’intervenant** | | | | **Perception de Khépri Santé Formation** | | | | **Remarques** |
| **- -** | **-** | **-/+** | **+** | **- -** | **-** | **-/+** | **+** |
| Respecte les procédures qualité et le règlement intérieur |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Respecte la charte formateur |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Prend soin du matériel mis à sa disposition |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S’implique dans les évolutions et les changements proposés |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rend compte de ses activités et transmets les informations |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| L’autonomie et la prise de responsabilités dans le poste |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S’adapte face aux imprévus |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Est force de proposition |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vous et votre rôle de formateur** | **Perception**  **De**  **L’intervenant** | | | | **Perception Organisme de Formation commanditaire** | | | | **Remarques** |
| **- -** | **-** | **-/+** | **+** | **- -** | **-** | **-/+** | **+** |
| Maîtrise les compétences enseignées |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Actualise ses compétences |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Réalise une veille technique et pédagogique |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Accueille les stagiaires et effectue le positionnement des stagiaires via un tour de table en début de formation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Est capable de s’adapter aux attentes en formation des stagiaires |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Évalue les compétences et savoir-faire acquis des stagiaires |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Maîtrise les techniques d'animation et d'encadrement d'un public adulte |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Favorise l’engagement, la participation du stagiaire |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Élaboration de programmes dans le cadre défini par le concepteur de formation et la demande du client |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mise en œuvre de méthodes, d'outils et de démarches adaptés aux publics d'adultes |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Communiquer de manière appropriée aux publics |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rappel des points évoqués lors du précédent entretien :****Objectifs fixés, propositions de formation ….** | **Niveau de réalisation** | | | | |
| **Non commencé** | **En cours** | **Atteint** | **Dépassé** | **Observations** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Points / Objectifs pour l’année à venir** **Objectifs fixés, propositions de formation…** |
|
|  |

|  |
| --- |
| **Difficultés rencontrées ou évènements marquants (modifications, changements…)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Points forts** |
|  |

|  |
| --- |
| **Aspects à améliorer ou à envisager dans le cadre d’une évolution** |
|  |

|  |
| --- |
| **Commentaires / Libre expression** |
|  |

**Merci de nous communiquer :**

* **Si vous avez répondu OUI à la 1ère question : vos attestations de présence**
* **CV à jour**
* **Attestation URSAAF paiement de charges sociales**
* **Attestation RC Pro**

|  |  |
| --- | --- |
| Signature Intervenant | Signature Responsable Khépri Santé Formation |
|  |  |