**FICHE D’ÉVALUATION DE SATISFACTION DE LA PRESTATION DE   
BILAN DE COMPÉTENCES « 6 mois après »**

Nom et prénom du Stagiaire :

Date du bilan :

Nom du consultant :

Votre situation au moment du bilan : ren activité professionnelle r sans activité professionnelle

**Avez-vous mis en œuvre votre projet professionnel :** r Oui r Non

Si oui, précisez : ……………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Si non, pourquoi ? ………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Avez-vous changé de situation professionnelle :** r Oui r Non

Si oui, précisez : ……………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**En quoi ce bilan vous a-t-il aidé (personnellement ou professionnellement) ?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Commentaires libres :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………