Nom / prénom : Numéro de candidate / candidat :

Entreprise :

Professionnel/le responsable Experte / Expert 1 :

Heure de la visite, de : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| La candidate / le candidat se sent en mesure de passer l’examen □ oui □ non |
| **Observations pendant le travail pratique** |
| L’énoncé des tâches à accomplir et les compétences opérationnelles à examiner concordent.  □ oui  □ non / motif : |
|  |
|  |
| Respect de la planification du travail : |
|  |
|  |
| Activités observées : |
|  |
|  |
| Entretien avec la/le professionnel/le responsable :  p. ex. encadrement et évaluation de la partie pratique, questions ouvertes, points manquant de clarté ou événements particuliers, moment de la remise des documents d’examen à l’experte / l’expert 1 ? |
|  |
|  |
| Entretien avec la candidate / le candidat :  Les conditions d’examen sont-elles régulières ? □ oui / □ non / motif : |
|  |
| Y a-t-il des questions en rapport avec l’entretien professionnel ? |
|  |

Signature :

Experte / Expert 1 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_