Nom / prénom:       Numéro de candidate / candidat :

Entreprise :

|  |
| --- |
| La candidate / le candidat se sent en mesure de passer l’examen □ oui □ nonSignature candidate / candidat :  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Heure(de... à...)** | **Numéro de la compétence opérationnelle** | **Énoncé de la tâche (à remplir par la/le professionnel-le responsable)** |
|  | **Début de l’examen** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Signatures :

Candidate / candidat : Professionnel/le responsable

Experte / Expert 1 : Date :

Nom / prénom: Numéro de candidate / candidat :

Entreprise :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Heure(de... à...)** | **Numéro de la compétence opérationnelle** | **Énoncé de la tâche (à remplir par la/le professionnel-le responsable)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **Fin de l’examen** |

Signatures :

Candidate / candidat : Professionnel-le responsable

Experte / Expert 1 : Date :