|  |
| --- |
| La candidate / le candidat se sent en mesure de passer l‘examen □ oui □ non |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Heure****(de ... à ...)** | **Numéro de la compétence opérationnelle** | **Tâche à accomplir (à remplir par la professionnelle / le professionnel responsable)** |
|  | **Début** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **Fin** |