**Formulaire Journal d’apprentissage**Aide en soins et accompagnements AFP

Entreprise formatrice Service Semestre

Personne en formation Formateur / Formatrice Date entretien

N° (numérotation en continu des formulaires) Date contribution

1. **Description de la situation: Qu’est-ce que j’ai fait?**

|  |
| --- |
| Préparation    Mise en œuvre    Suivi |

1. **Quelles sont les ressources que j’ai utilisées?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ressources** | **Mes ressources utilisées** |
| Connaissances (tête) |  |
| Aptitudes (mains) |  |
| Attitudes (cœur) |  |

1. **Compétence opérationnelle** (Numéro dans le plan de formation)

|  |
| --- |
|  |

1. **Evaluation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Autoévaluation | Évaluation formateur/trice | Texte d’évaluation de l’activité | Objectifs / moyens / accords |
| bien  suffisant  insuffisant | bien  suffisant  insuffisant |  |  |
| Autoévaluation | Évaluation formateur/trice | Texte d’évaluation du journal d’apprentissage | Objectifs / moyens / accords |
| bien  suffisant  insuffisant | bien  suffisant  insuffisant |  |  |

Date Signature personne en formation

Date Signature formateur / formatrice