**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