

# RAPPORT DE SUIVI DU STAGE

par l'organisme pour chaque période de 7 semaines

IDENTIFICATION	
<b>Nom de l'employé :</b>	
<b>Titre du poste :</b>	
<b>Entreprise :</b>	
<b>Formateur :</b>	
<b>Organisme responsable du suivi :</b>	
<b>Personne responsable du stagiaire : (Intervenant)</b>	

SUIVI							
<b>Période couverte par le suivi :</b>	<b>Semaines 1- 7</b>			<b>Semaines 8 - 14</b>			<b>Semaines 15-21</b>
<b>Principales réalisations et objectifs atteints durant cette période : (Annexer le plan de formation)</b>							
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>							
<b>Principales forces:</b>							
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>							
<b>Aspects à améliorer ou défis à relever:</b>							
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>							

CRITÈRES D'ÉVALUATION				
	Très bien	Bien	À améliorer	Commentaire
Attitude :				
Assiduité (ponctualité) :				
Initiative :				
Qualité du travail :				
Productivité :				
Souci de sécurité				
Esprit d'équipe :				
Organisation :				
Capacité d'adaptation :				
Responsabilité :				
Capacité d'échange (langage) :				
Avez-vous d'autres points observés à discuter?				
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

ACTIONS À ENTREPRENDRE EN CAS DE BESOINS D'AMÉLIORATION	
Actions	Échéanciers

ÉVALUATION GÉNÉRALE DES APPRENTISSAGES			
	Très bien	Bien	À améliorer
Employé			
Date de la prochaine évaluation :			

**SIGNATURES**

Rapport de suivi de stage signé le : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé

\_\_\_\_\_  
Signature du formateur

\_\_\_\_\_  
Signature de l'intervenant

**L'organisme doit faire parvenir ce document dûment rempli à HortiCompétences :**  
 À l'attention de Mme Maud Lefebvre, chargée de projet – Ressources humaines  
[maud.lefebvre@horticompetences.ca](mailto:maud.lefebvre@horticompetences.ca) |