

FORMABAD

Bilan de formation GEO 1

Version Septembre 2023

Ce bilan est à remplir par le responsable de la formation. Il est à adresser à FormaBad (formation.ot@ffbad.org) dans le mois qui suit la fin de la formation.

Important : Ce document est à remplir dans son intégralité

INFORMATIONS GENERALES

Organisateur : _____

Responsable de la formation : _____

Formateur(s) assistant(s) : _____

Numéro d'autorisation : _____

Dates de début et de fin : _____

Lieu : _____

Nombre de présents/ nombre de reçus : _____

BILAN PEDAGOGIQUE GLOBAL

Bilan stagiaires, formateurs, organisation, contenus, etc...

VALIDATION DE LA FORMATION GEO 1

Nom/Prénom	Date et lieu de naissance	N° de Licence	Ligue	Date de fin de formation	Lieu de fin de formation	Reçu	Avis motivé en cas d'avis défavorable
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

VALIDATION DE LA FORMATION GEO 1

Nom/Prénom	Date et lieu de naissance	N° de Licence	Ligue	Date de fin de formation	Lieu de fin de formation	Reçu	Avis motivé en cas d'avis défavorable
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Émargements Stagiaires

Formation : _____ Date : _____ Lieu : _____

Stagiaires		Signatures							
Nom	Prénom	Date demi-journée 1	Date demi-journée 2	Date demi-journée 3	Date demi-journée 4				
		Horaires de la journée		Horaires de la journée		Horaires de la journée		Horaires de la journée	
		De	H à H .	De	H à H	De	H à H .	De	H à H .
De	H à H .	De	H à H	De	H à H .	De	H à H .		