**FORMULAIRE D’ÉVALUATION/RÉTROACTION**

|  |
| --- |
| **Identification de l’employé(e)** |
| Nom & prénom de l’employé(e) : | Date d’entrée en fonction : |
| Supérieur immédiat : | Fonction : |
| Date de la rencontre : |  |
|  |
| **Forces et/ou Points Positif de l’Employé**  | **Aspect à Améliorer ou à Discuter** |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
| **Objectifs visés pour la prochaine rencontre** |
|   |
|   |
|   |
|   |
| **Évaluation des compétences organisationnelles/valeurs** |
|  | **Commentaires** |
| **Respect** |   |
| **Innovation** |   |
| **Sens de l’organisation** |   |
| **Capacité d’adaptation** |   |
| **Engagement/travail d’équipe** |   |
| **Autonomie et initiative** |   |
| **NOTES COMPLÉMENTAIRES** |
|   |
|   |
|  |
|  |
| **COMMENTAIRES DE L’EMPLOYÉ** |
| **NOTES COMPLÉMENTAIRES** |
|   |
|   |
|  |
|  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Signature du Gestionnaire Signature de l’Employé**