**Coaching pour maintien du post de travail**

1. Feuille de coordonnées
	1. Fournisseur de prestations

|  |  |
| --- | --- |
| **Fournisseur de prestations** |  |
| **Interlocuteur compétent****Fonction** |  |
|  |  |

* 1. Personne assurée

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom / Prénom** |       |       |
| **Numéro d'assuré** | 756.      |
| **Numéro de communication** |       |

* 1. Remise du rapport

|  |  |
| --- | --- |
| **Rapport à l'attention de** |       |
| **Interlocuteur compétent****Fonction** |            |
| **Période sous revue** | de      | à      |
| **Forme du rapport** |  --- Faire une sélection --- |

* 1. Aperçu des prestations de coaching

|  |
| --- |
| L’aperçu des prestations du coaching fait partie intégrante du rapport final. Au besoin, les aperçus des prestations peuvent également être demandés comme partie intégrante des rapports intermédiaires par le SRP. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Aperçu des prestations disponible: |  --- Faire une sélection --- |

* 1. Annexes en général

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Oui / suivantes: | [ ]  Non |
| *
 |
| *
 |
| *
 |

1. Déroulement et atteinte des objectifs
	1. Description succincte du déroulement et de la situation actuelle

|  |
| --- |
|  |

* 1. Atteinte des objectifs individuels (nombre indéfini)

|  |
| --- |
| **Objectif 1** |
|       |
| **Evaluation:** |
|       |
| **Objectif 2** |
|       |
| **Evaluation:** |
|       |
| **Objectif 3** |
|       |
| **Evaluation:** |
|       |
| **Objectif 4** |
|       |
| **Evaluation:** |
|       |
| **Objectif 5** |
|       |
| **Evaluation:** |
|       |

1. Evaluation pratique des performances
	1. Temps de présence pendant la période sous revue

|  |  |
| --- | --- |
| **Horaires de travail habituels dans l’entreprise:**     h / semaine | Compléments:       |
| **Taux d’occupation convenu:**      % ou     h | Compléments:       |
| **Taux d’occupation atteint:**      % ou     h | Compléments:       |
| **Absences excusées:**  |  |
| [ ]  Maladie      % ou     h | Compléments:       |
| [ ]  Accident     % ou     h | Compléments:       |
| [ ]  Autres:           % ou     h |  |
| **Absences non excusées:**  |  |
|      % ou     h | Compléments:       |

1. Suite de la procédure
	1. Recommandations

|  |
| --- |
|       |

* 1. Planification supplémentaire

|  |
| --- |
|       |

1. Signature

|  |  |
| --- | --- |
| Lieu / Date |       |
| Signature des personnes responsables |       |