**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 |  |