|  |
| --- |
| Nom / prénom |
|  |

**Contrôle de formation**

**d.1 Appliquer les mesures d’hygiène du personnel, des locaux et de la production**

**Evaluation personnelle de la compétence opérationnelle par la personne en formation**

Mon opinion concernant mon savoir-faire de cette compétence opérationnelle



Arguments:

Date: Signature:

**Evaluation par la personne en formation et par la formatrice / le formateur en entreprise**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs évaluateurs en entreprise** | | | |
| **Les technologues du lait sont conscients de l’importance de l’hygiène du personnel, des locaux et de la production pour la fabrication de produits impeccables et appliquent les instructions de l’entreprise.** | | Evaluation des objectifs de formation A = Atteint /  B = pas encore atteint | |
|
|
|
| d.1.1 Je respecte les instructions de l’entreprise pour de bonnes pratiques de fabrication (BPF). | |  |  |
| d.1.2 J’applique les instructions de l’entreprise concernant le concept de zones. | |  |  |
| d.1.3 J’applique les instructions de l’entreprise concernant le maintien de l’hygiène pendant le processus de production. | |  |  |
| Mesures / Remarques (par ex : contrôles supplémentaires) |  | | |
|
| Date: Signature: | | | |

|  |
| --- |
| Nom / prénom |
|  |

**Évaluation du dossier de formation**

**d.1 Appliquer les mesures d’hygiène du personnel, des locaux et de la production**

**Par la formatrice / par le formateur en entreprise**

1. **Évaluation de la présentation du rapport**



Remarques:

1. **Évaluation de la partie technique du rapport**



Remarques:

Ce rapport a été contrôlé le: Signature: