****

**ENTRETIEN MÉDECIN**

tous les deux ans

**Date de l’entretien :**

**Personne chargÉe de l’entretien**

Nom : MARTIN

Prénom : Pierrick

Poste occupé : Directeur Général

**SalariÉ**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date d’entrée dans l’entreprise :

Centre d’affectation :

Durée hebdomadaire du travail :

### PrÉcÉdent

Date :

|  |
| --- |
| ❑ Pas d’entretien réalisé.  Motif : |

### BILAN DE LA PÈRIODE ECOULÉE

**Faits marquants depuis le dernier entretien**

**mise a jour de la fiche de poste (si necessaire)**

**Rappel des objectifs préalablement fixés ou pistes d’amelioration**

**Points forts**

**DifficultÉs rencontrÉes**

**Amélioration à apporter ou compÉtences à acquérir**

**Points forts / à améliorer**

\*  **1** : point fort **2** : satisfaisant **3** : à améliorer 4 : non mis en œuvre

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Critères** | **ApprÉciation collaborateur \*** | **ApprÉciation responsable \*** | **Commentaires** |
| Communiquer (échanger, écouter, informer, s'expliquer) |  |  |  |
| Coopérer (collaborer, travailler en équipe, participer) |  |  |  |
| Entreprendre (agir, choisir, faire face aux situations, prendre position) |  |  |  |
| Organiser (définir les priorités, optimiser les outils et méthodes) |  |  |  |
| Disponibilité |  |  |  |

**formation professionnelle suivie**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IntitulÉ** | **Durée (nb de jours)** | **AnnÉe** | **A répondu aux attentes \* et pourquoi** | **Transfert en situation de travail** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* **1**: totalement **2** : en grande partie **3** : peu **4**: pas du tout

|  |
| --- |
| ❑ Pas de formation suivie  Motif : |

**periode à venir**

**objectifs**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Objectifs définis** | **Indicateurs et rÉsultats**  (chiffres, taux, résultats, etc.) | **Moyens mis en œuvre**  (temps, formations, autres) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**commentaires**

**Évolution professionnelle**

**evolution souhaitÉe (mobilitÉ professionnelle, gÉographique, etc.) et dÉlai :**

**conclusion**

**Commentaires du collaborateur**

**Commentaires du responsable**

**Fait le :**

**A :**

En double exemplaire, dont un est remis au (à la) salarié(e).

|  |  |
| --- | --- |
| Signature du Directeur : | Signature du collaborateur : |