

FICHE DE SUIVI À 6 MOIS – BILAN DE COMPÉTENCES

Organisme : ACQUIFORMATIONS

Cadre : Bilan de compétences – Article L.6313-4 du Code du travail

1. Identification du bénéficiaire

Nom / Prénom : _____

Intitulé du bilan de compétences : _____

Date de fin du bilan : ____/____/____

Date du suivi à 6 mois : ____/____/____

2. Situation du bénéficiaire à 6 mois

<input type="checkbox"/> Projet professionnel engagé
<input type="checkbox"/> Projet en cours de construction
<input type="checkbox"/> Projet différé
<input type="checkbox"/> Changement de situation professionnelle
<input type="checkbox"/> Formation engagée
<input type="checkbox"/> Recherche d'emploi en cours

3. Évaluation de l'impact du bilan de compétences

Questions	Oui	Partiellement	Non
Le bilan vous a-t-il aidé à clarifier votre projet professionnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bilan vous a-t-il été utile dans vos démarches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Commentaires du bénéficiaire

Apports concrets du bilan :

.....
.....

Axes d'amélioration ou difficultés rencontrées :

.....
.....

5. Synthèse du suivi à 6 mois

Au regard de ce suivi, l'impact global du bilan de compétences est évalué comme :

☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ À renforcer ☐ Insuffisant

Fait à :

Le

Nom et signature du bénéficiaire : _____

Nom et signature du consultant : _____

