

## DOSSIER D'ÉVALUATION

pour la professionnalisation des salariés  
(hors contrat de professionnalisation)

CQP-ih Gouvernante en Hôtellerie ou en Etablissement de santé

### I - IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
.....
Code Postal : ..... Ville : .....
Téléphone : ..... Mail : .....
Poste occupé dans l'entreprise : .....

### II - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom : .....
Adresse : .....
.....
Code Postal : ..... Ville : .....
Téléphone : ..... Fax : .....
Mail : .....
Nom du tuteur : .....
Poste occupé par le tuteur : .....

### III - IDENTIFICATION DU CENTRE ACCREDITÉ

Nom : .....
Adresse : .....
.....
Code Postal : ..... Ville : .....
Téléphone : ..... Fax : .....
Mail : .....

1. L'action de professionnalisation sera effectuée dans le cadre : **(cochez la case)**

- d'une Période de professionnalisation
- du Droit Individuel à la Formation (DIF)
- du Congé Individuel de Formation (CIF)
- Autre (à préciser) .....

2. L'action de professionnalisation se déroule :

du ..... au .....

**Rappel :**

1. *Le dossier d'évaluation est rempli conjointement avec le tuteur, sous la responsabilité de l'établissement de formation*
2. *le centre de formation doit réaliser le positionnement initial sur l'intégralité des compétences attendues par le référentiel d'emploi du CQP-ih.*

*Pour la RECAPE, le centre de formation utilise le descriptif de poste remis par l'entreprise pour réaliser les positionnements*

3. *Le résultat du positionnement initial détermine le programme de formation et la durée de l'action qui permettra au candidat d'atteindre l'ensemble des compétences du CQP-ih.*
4. *Le positionnement final s'effectue uniquement sur les compétences non acquises détectées lors du positionnement initial.*
5. **En cas de besoin, les documents utilisés pour effectuer les positionnements doivent être mis à la disposition du jury de la commission nationale de certification CQP-ih**

3. Le dossier **complet** comprend :

- Le dossier d'évaluation
- L'attestation de fin stage (dates de formation et durées)
- Le programme de formation

4. Ce dossier est à adresser :

**ADEFIH**

**22 rue d'Anjou - 75008 Paris**

Tél : 01-40-17-20-06 / Fax : 01-47-42-83-32 / info@adefih.org



## Evaluations réalisées pour le CQP-ih Gouvernante en Hôtellerie ou en Etablissement de santé

N. B. : Chacun des items doit faire l'objet d'une évaluation lors du positionnement initial.

La codification suivante devra être utilisée : <b>A : Acquis</b> <b>NA : Non Acquis</b>		<b>POSITIONNEMENT</b>	
		<b>INITIAL</b>	<b>FINAL</b>
Date d'évaluation :		.....	.....
<b>Fonction gestion</b>	Déterminer les besoins en matériels, produits et consommables nécessaires à l'activité dans le respect de son budget		
	Gérer les stocks		
	Traiter les commandes liées à l'ensemble des contrats de son secteur		
	Evaluer la productivité et son maintien à un niveau conforme aux objectifs		
<b>SPECIFICITES AUX ETABLISSEMENT DE SANTE</b>			
<b>Fonction élaboration et application de protocoles</b>	Respecter les consignes de tri des déchets préconisées par le CLIN de l'établissement et l'évacuation de ces déchets		
	Réaliser les prélèvements de surfaces, analyse des résultats et plan d'actions avec les équipes		
	Respecter la liste de répartitions des tâches pour éviter le glissement des tâches et le respect de son contrat		
	Veiller au respect des tenues vestimentaires en fonction des tâches effectuées (tabliers, gants anticoupures...)		
	Respecter les consignes liées aux pictogrammes spécifiques (Patients en isolements infectieux, zones de sécurité, chemins de circulation...)		
	Appliquer strictement les circuits propres et sales déterminés par le CLIN de l'établissement		
	Respecter le nettoyage ou le bio-nettoyage des chambres en fonction des zones à risque		
	Superviser la distribution des repas et veiller aux respects des consignes médicales et à la satisfaction du client (régimes, températures...)		

\*\*\*\*\*

### *Avis conjoint du tuteur et du formateur*

Positif

Négatif

Date : .....

**En cas d'avis négatif, préciser le motif :**

.....  
 .....  
 .....

**Entreprise**  
Signature et cachet

**Etablissement de formation**  
Signature et cachet

**Salarié**  
Signature

## BILAN DU TUTEUR

Le tableau ci-dessous est à remplir lors des périodes pratiques en entreprise, autant que nécessaire.

<u>Observations opérationnelles</u>	
Autres remarques	
Date : .....	
Signature du tuteur et cachet de l'établissement	Signature du salarié

<u>Observations opérationnelles</u>	
Autres remarques	
Date : .....	
Signature du tuteur et cachet de l'établissement	Signature du salarié

## BILAN DU CENTRE

Le tableau ci-dessous est à remplir lors des périodes de formation en centre, autant que nécessaire.

<u>Observations opérationnelles</u>	
Autres remarques	
Date : .....	
Signature et cachet de l'établissement de formation	Signature du salarié

<u>Observations opérationnelles</u>	
Autres remarques	
Date : .....	
Signature et cachet de l'établissement de formation	Signature du salarié

## BILAN DU CENTRE

Le tableau ci-dessous est à remplir lors des périodes de formation en centre, autant que nécessaire.

<u>Observations opérationnelles</u>	
Autres remarques	
Date : .....	
Signature et cachet de l'établissement de formation	Signature du salarié

<u>Observations opérationnelles</u>	
Autres remarques	
Date : .....	
Signature et cachet de l'établissement de formation	Signature du salarié