

PROCES VERBAL COMMISSION TERRITORIALE D'EVALUATION

Comité Ufolep : Directeur(trice) de la Formation :

Option(s) du CQP ALS :

Période : du/...../..... Au/...../..... Lieu :

MEMBRES DE LA COMMISSION	NOM	PRENOM	FONCTION	STRUCTURE REPRESENTEE	SIGNATURE
RESPONSABLE DE LA COMMISSION					
REPRESENTANT PEDAGOGIQUE DE LA FORMATION					
REPRESENTANT DES ASSOCIATIONS OU COMITES					
REPRESENTANT DES ANIMATEURS					
AUTRE. PRECISEZ :					

PROPOSITIONS DE LA COMMISSION TERRITORIALE D'EVALUATION	EFFECTIFS
Nombre de candidat(e)s inscrits à la formation	
Nombre de candidat(e)s en situations particulières (candidat différés)	
Nombre de candidat(e)s bénéficiant d'une équivalence (totale ou partielle)	

PROPOSITIONS DE LA COMMISSION TERRITORIALE D'ÉVALUATION	EFFECTIFS
Nombre de candidat(e)s ayant présenté les évaluations	
Nombre de candidat(e)s n'ayant obtenu aucune UC	
Nombre de candidat(e)s ayant obtenu une UC	
Nombre de candidat(e)s ayant obtenu deux UC	
Nombre de candidat(e)s ayant obtenu trois UC	

PROPOSITIONS DE LA COMMISSION TERRITORIALE D'ÉVALUATION	EFFECTIFS
Nombre de candidat(e)s en situation de rattrapage	

Fait à :, Le/...../.....

Nom/Prénom et signature du responsable de la Commission territoriale d'évaluation