

**SERVICE DE LA FORMATION
POSTOBLIGATOIRE**

2, rue du 24-Septembre
CH-2800 Delémont
t +41 32 420 71 60
sfp@jura.ch

**Questions relatives à votre
apprentissage en entreprise****Votre apprentissage se déroule bien?
Vous avez besoin d'aide?**

OUI NON

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Vous savez qui est votre formateur-trice dans l'entreprise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vous avez régulièrement des entretiens d'évaluation avec votre formateur-trice dans l'entreprise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Votre formateur-trice suit vos résultats scolaires et s'intéresse à vos cours interentreprises | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vos horaires, congés et salaires définis dans le contrat et/ou une convention sont respectés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vous connaissez les règles de travail, d'hygiène et/ou de sécurité de votre entreprise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Vous savez ce que vous devez apprendre dans l'entreprise
(selon le règlement d'apprentissage et/ou le plan de formation) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Vous recevez les consignes qui vous permettent de réaliser les travaux demandés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Vous avez un poste de travail et les outils nécessaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Vous êtes bien accepté-e par vos collègues | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vous avez l'impression d'apprendre le métier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Vous aimez votre métier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Vous rencontrez des difficultés à l'école | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Vous rencontrez des difficultés dans votre entreprise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Vous rencontrez des difficultés aux cours interentreprises | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Vous avez des problèmes de santé liés à l'exercice de la profession | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Vous avez des difficultés personnelles ou familiales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Vous souhaitez parler au responsable cantonal de la surveillance de l'apprentissage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remarques _____

Nom _____ Prénom _____

Profession _____ Année 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème}

Entreprise _____ Natel apprenti-e _____

E-mail apprenti-e _____ Date _____

Signature de l'apprenti-e _____

Confidentiel.

Aucune information ne sera transmise à qui que ce soit sans que nous vous ayons contacté-e et que vous ayez donné votre accord.

Le responsable cantonal de la surveillance de l'apprentissage