|  |  |
| --- | --- |
| **Rapport**  | **Cours d’appui/ formation individuelle** |
| **Rapport intermédiaire si nécessaire / Rapport final** |

|  |  |
| --- | --- |
| N° d‘assuré (NSS): | Xxx |
| Nom: | Xxx |
| Prénom: | Xxx |
|  |  |
| N° de la communication: | Xxx |
| Durée de la communication AI : | date – date  |
| Période de référence: | date – date  |
|  |  |
| Genre de mesure | Xxx |
|  |  |
|  |  |
| Prestataire mandaté: | Nom et Adresse de l‘institution  |
| Personne de référence: | Prénom et Nom  |
|  |  |
| Rapport adressé à: | Office cantonal AI du Valais |
| Personne AI de référence: | Prénom et Nom |
|  |  |

[ ]  Rapport intermédiaire, si nécessaire Date de la remise :

[ ]  Rapport final Date de la remise :

Indications

* Les rapports doivent être envoyés par PDF aux adresses e-mail suivantes, par HIN ou IncaMail.
* Rapport(s) intermédiaire(s) est (sont) à envoyer cinq jours avant la date de l’entretien à  contact.aivs@vs.oai.ch
* Rapport final définitif est à envoyer à la personne de contact 10 jours civils après expiration de la communication/décision à l’adresse contact.aivs@vs.oai.ch
* Les zones marquées en jaune ainsi que toutes les évaluations doivent être remplies.

# Introduction, objectifs, réalisation des objectifs, évaluation compétences, recommandation

## Objectifs posés

Selon le contrat d’objectifs

## Réalisation des objectifs

(Évaluation du mandat)

… texte individuel

## En cas de non-réalisation des objectifs : Justifier

… texte individuel

## Évaluation compétences (page suivante)

## Recommandation/proposition

(La recommandation/proposition est discutée en amont avec le collaborateur AI)

… texte individuel

**Évaluation compétences**

|  |
| --- |
| Echelle : 0. Aucune compétence, 1. Compétences insuffisantes, 2. Compétences partielles, 3. Bonnes compétences, 4. Excellentes compétences |
| Branche | Activités | Compétences initiales | Explication | Compétences finales | Explication |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Lieu, date

Prénom/Nom

Signature du formateur