



# ECOLE FEDERALE DE BALL-TRAP

## Auto-évaluation 'Entraîneur de Club' : Bilan post formation 'Perfectionnement'



Nom *N° Club FFBT*  
Prénom *Nom du Club*  
N° Licence *Ville*

Discipline *Nombre de stagiaires*

Dates Session 1 : Session 2 :  
Session 3 : Session 4 :  
Session 5 :

| Le groupe |                         | Très bien | Bien | Moyen | Insuffisant |
|-----------|-------------------------|-----------|------|-------|-------------|
|           | Attention - Ecoute      |           |      |       |             |
|           | Participation active    |           |      |       |             |
|           | Motivation du groupe    |           |      |       |             |
|           | Réceptivité             |           |      |       |             |
|           | Esprit d'équipe         |           |      |       |             |
|           | Homogénéité des niveaux |           |      |       |             |
|           | Climat général          |           |      |       |             |

| L'environnement |                                     | Très bien | Bien | Moyen | Insuffisant |
|-----------------|-------------------------------------|-----------|------|-------|-------------|
|                 | Salle : Espace, confort, équipement |           |      |       |             |
|                 | Matériel audio-visuel, Internet...  |           |      |       |             |
|                 | Installations pour la pratique      |           |      |       |             |
|                 | Horaires, Durée, Rythme             |           |      |       |             |
|                 | Disponibilité Outils                |           |      |       |             |
|                 | Outils adaptés                      |           |      |       |             |

| Ma pédagogie |                                         | Très bien | Bien | Moyen | Insuffisant |
|--------------|-----------------------------------------|-----------|------|-------|-------------|
|              | Disponibilité, Sérieux, Ponctualité     |           |      |       |             |
|              | Gestion du temps                        |           |      |       |             |
|              | Maîtrise du sujet                       |           |      |       |             |
|              | Utilisation des outils à disposition    |           |      |       |             |
|              | Compréhension et Réponses aux questions |           |      |       |             |
|              | Qualités pédagogiques, Animation        |           |      |       |             |
|              | Gestion du groupe                       |           |      |       |             |
|              | Atteinte des objectifs                  |           |      |       |             |

### Commentaires sur ma prestation

Points forts du stage à garder

Points faibles du stage à améliorer

### Commentaires sur les moyens pédagogiques à disposition

Les outils pédagogiques existants sont-ils suffisants ? ☐ Oui ☐ Non

Améliorations possibles et/ou Outils complémentaires souhaités

Ressemblez-vous le besoin d'une formation complémentaire ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ?

Remarques complémentaires

|                               | Très bien | Bien | Moyen | Insuffisant |
|-------------------------------|-----------|------|-------|-------------|
| Bilan global de ma prestation |           |      |       |             |