

Preuve de la mise en œuvre d'une formation FBS

Le formateur remplit la preuve ensemble avec la personne focale avant le départ du site de formation. Signature de la personne focale et du supérieur du formateur

Gouvernorat		Localité	
Délégation		Lieu de formation	
Date début		Date de fin	
Nom du formateur			

	Hommes	Femmes
Nombre total de participants le premier jour		
Nombre total de participants le dernier jour		
Nombre de personnes très satisfaites (Smileys 😊 reçues des participants)		
Nombre de personnes satisfaites (Smileys 😊 recus des participants)		
Changements les plus importants envisagés par les participants des FBS	1. ☐ Adopter l'utilisation des techniques améliorées 2. ☐ Faire des épargnes bancaires 3. ☐ Tenir une comptabilité/Carnet d'exploitation 4. ☐ Calculer la marge brute 5. ☐ Utiliser des intrants (engrais minéral, produits phytosanitaires) 6. ☐ Constituer des groupes professionnels agricoles (OPA) 7. ☐ Utiliser un calendrier cultural 8. ☐ Livrer un produit de qualité 9. ☐ Autres (Spécifier)	
Nom complet de la personne focale FBS		
Numéro de téléphone personne focale FBS		
Adresse personne focale FBS		

Je, soussigné, approuve la prestation correcte de la formation FBS mentionné ci-dessus ainsi que le taux de satisfaction des participants.

Signature personne focale FBS

Signature bénéficiaire