|  |  |
| --- | --- |
|  **Mission pratique**  | **Nom de la personne en formation**… |

**(Titre)**

|  |
| --- |
| DCO a: Conseils aux clients et vente d’équipements optiques |
| . | a1: Accueillir et prendre en charge les clientes et les clients dans le magasin d’optique |
| . | a2: Déterminer et évaluer le profil visuel |
| . | a3: Conseiller les clientes et clients pour le choix d’équipements optiques |
| . | a4: Vendre des équipements optiques |
| . | a5: Montrer aux clientes et clients la manipulation, l’hygiène et l’entretien des équipements optiques |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **.** | **Semestre (1-6)** | Veuillez cocher la compétence opérationnelle concernée et indiquer le semestre |

|  |
| --- |
| **Situation professionnelle**… |
| **Mission pratique*** ….
 |

|  |
| --- |
| **Documentation de la mission pratique**… |
| **Réflexion** |
| Qu’est-ce qui vous a bien réussi? … |
| Où avez-vous rencontré des défis?… |
| Que pourriez-vous faire de mieux?… |
|  |  |
| Date/Signature de lapersonne en formation ∙r | … | … |
| Date/Signature de laformatrice/du formateur | … | … |

|  |  |
| --- | --- |
| Klemmbrett mit einfarbiger Füllung **Mission pratique**  | **Nom de la personne en formation**… |

**(Titre)**

|  |
| --- |
| DCO b: Assemblage et entretien des équipements optiques |
| . | b1: Assembler, faire les finitions et réparer des équipements optiques |
| . | b2: Contrôler et évaluer la qualité des équipements optiques |
|  | b3: Ajuster des montures de lunettes aux clientes et clients |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **.** | **Semestre (1-6)** | Veuillez cocher la compétence opérationnelle concernée et indiquer le semestre |

|  |
| --- |
| **Situation professionnelle**… |
| **Mission pratique*** …
 |

|  |
| --- |
| **Documentation de la mission pratique**… |
| **Réflexion** |
| Qu’est-ce qui vous a bien réussi? … |
| Où avez-vous rencontré des défis?… |
| Que pourriez-vous faire de mieux?… |
|  |  |
| Date/Signature de lapersonne en formation ∙r | … | … |
| Date/Signature de laformatrice/du formateur | … | … |

|  |  |
| --- | --- |
| Klemmbrett mit einfarbiger Füllung **Mission pratique**  | **Nom de la personne en formation**… |

**(Titre)**

|  |
| --- |
| DCO c: Travaux administratifs et participation à la mise en place des mesures de marketing |
| . | c1: Gérer les données relatives aux commandes, aux client∙e∙s et aux fournisseurs |
| . | c2: Commander et gérer des équipements optiques selon la commande du/de la client∙e |
| . | c3: Présenter le magasin d’optique sur différents canaux de communication |
|  | c4: Participer à l’élaboration d’actions de marketing du magasin d’optique |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **.** | **Semestre (1-6)** | Veuillez cocher la compétence opérationnelle concernée et indiquer le semestre |

|  |
| --- |
| **Situation professionnelle**... |
| **Mission pratique*** ….
 |

|  |
| --- |
| **Documentation de la mission pratique**… |
| **Réflexion** |
| Qu’est-ce qui vous a bien réussi? … |
| Où avez-vous rencontré des défis?… |
| Que pourriez-vous faire de mieux?… |
|  |  |
| Date/Signature de lapersonne en formation ∙r | … | … |
| Date/Signature de laformatrice/du formateur | … | … |

|  |  |
| --- | --- |
| Klemmbrett mit einfarbiger Füllung **Mission pratique**  | **Nom de la personne en formation**… |

**(Titre)**

|  |
| --- |
| DCO d: Maintenance, entretien et gestion des installations, des instruments de mesures et des marchandises de stock |
| . | d1: Gérer le stock et les marchandises du magasin d’optique |
| . | d2: Préparer et entretenir les postes de travail pour les examens ophtalmologiques, les consultations et la vente |
|  | d3: Entretenir les appareils techniques, les outils, les instruments et les équipements  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **.** | **Semestre (1-6)** | Veuillez cocher la compétence opérationnelle concernée et indiquer le semestre |

|  |
| --- |
| **Situation professionnelle**… |
| **Mission pratique*** …
 |

|  |
| --- |
| **Documentation de la mission pratique**… |
| **Réflexion** |
| Qu’est-ce qui vous a bien réussi? … |
| Où avez-vous rencontré des défis?… |
| Que pourriez-vous faire de mieux?… |
|  |  |
| Date/Signature de lapersonne en formation ∙r | … | … |
| Date/Signature de laformatrice/du formateur | … | … |