

PROFESSIONAL IMPROVEMENT COMMITTEE / COMITÉ DE PERFECTIONNEMENT
School Visit Evaluation / Grille d'évaluation pour les visites de classe

Date: _____

Name / Nom: _____ School / École: _____

Time needed for substitution/ Temps requis pour la suppléance : _____

School Visited/Lieu de la visite : _____

Name of Teacher(s) Visited/Noms des enseignant(s) visité(s) :

Reason for the visit/Raison de la visite :

Description of the visit/Description de la visite :

What I liked most about the visit/Ce qui m'a plu de la visite :

What I liked least about the visit/Ce que j'ai moins apprécié :

Please return completed form to:

Veillez retourner ce formulaire complété à :

PIC_hr@rsb.qc.ca