



INSTITUT DE FORMATION AUX PROFESSIONS DE SANTE

ATTESTATION DE VALIDATION DE STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE DE 140 HEURES**CANDIDATS**

NOM – PRENOM :

NOM marital éventuel :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :

TELEPHONE : fixe |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Mobile |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

MAIL :

DATE DU STAGE Du |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| au |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Durée en heures : _____ sur 140 heures

ENTREPRISE

N° Siret :

NOM :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :

TELEPHONE : fixe |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Mobile |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

MAIL :

NOM ET FONCTION DU RESPONSABLE DU SUIVI DE STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE :

.....

EVALUATION DU CANDIDAT

CRITERES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très Bon	Observation
Intérêt pour la profession d'ambulancier					
Curiosité intellectuelle					
Exactitude, rigueur					
Capacité à s'intégrer au sein d'une équipe					
Appréciation générale					

Cachet et signature du responsable de l'entreprise

Date : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|