

ATTESTATION DE SUIVI DU STAGE D'OBSERVATION

CANDIDAT

NOM – PRENOM :

NOM marital éventuel :

Adresse :

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

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

MAIL :

DATE DU STAGE

Du |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| au |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| DUREE EN HEURES : 70 HEURES

ENTREPRISE

NOM :

N° Siret :

Coordonnées :

NOM DU RESPONSABLE DU SUIVI DU STAGE D'OBSERVATION DU CANDIDAT :

FONCTION DANS L'ENTREPRISE :

Appréciation du candidat

(mettre une croix dans la colonne choisie et motivez impérativement votre choix dans la case observation)

CRITERES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très Bon	Observation
Aptitude physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Aptitudes relationnelles (communication avec les membres de l'équipe, relation avec les patients)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise des caractéristiques spécifiques d'un véhicule sanitaire					
BILAN					

CACHET et signature du responsable de l'entreprise

Le : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|