

ATTESTATION DE SUIVI DU STAGE D'OBSERVATION – 70 HEURES

A noter que l'intéressé.e à jusqu'à l'épreuve d'admission (oral) pour transmettre l'attestation

CANDIDAT

NOM – PRÉNOM :

NOM marital éventuel :

Adresse :

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

TÉLÉPHONE : fixe |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Mobile |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

MAIL :

DATE DU STAGE

Du |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| au |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| DURÉE 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

CRITÈRES	APPRÉCIATION *	OBSERVATIONS
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)	insuffisant	
	moyen	
	bon	
	très bon	
Aptitudes relationnelles (communication avec les membres de l'équipe, relation avec les patients)	insuffisant	
	moyen	
	bon	
	très bon	
Motivation professionnelle	insuffisant	
	moyen	
	bon	
	très bon	
Exactitude, rigueur	insuffisant	
	moyen	
	bon	
	très bon	
Maîtrise des caractéristiques spécifiques d'un véhicule sanitaire	insuffisant	
	moyen	
	bon	
	très bon	
BILAN	insuffisant	
	moyen	
	bon	
	très bon	

* mettre une croix dans la colonne choisie et motivez impérativement votre choix dans la case observations

Le : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| CACHET et signature du responsable de l'entreprise