

**ATTESTATION DE SUIVI DU STAGE D'OBSERVATION****CANDIDAT :**Nom : Nom marital éventuel Prénom : Adresse : Code postal : Ville : Tel : Portable : Mail : **DATE DU STAGE :**Du au **ENTREPRISE**Nom : N° Siret : Coordonnées : Nom du responsable du suivi du stage de découverte du candidat : Fonction dans l'entreprise : **APPRECIATION DU CANDIDAT** (mettre une croix dans la colonne choisie et motivez impérativement votre choix dans la case observation) :

CRITERES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aptitudes relationnelles (communication avec les membres de l'équipe, relation avec les patients)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Motivation professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Exactitude, rigueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Maîtrise des caractéristiques spécifiques d'un véhicule sanitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
BILAN	<input type="text"/>				

Date : **Signature et Cachet du responsable de l'entreprise** **FORMA SANTE**

Institut de Formation d'Ambulanciers Brest

9 rue de Vendée – 29200 BREST

Tél : 02 98 41 75 74 - Fax : 02 98 41 72 62

APE : 8559A - N° SIRET : 42030962700073