

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)					
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					

Date : _____

Signature et Cachet du responsable de l'entreprise