

ANNEXE III

ATTESTATION DE VALIDATION DU STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

CANDIDAT

NOM DE NAISSANCE: _____

NOM D'USAGE : _____

Prénom : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____

Fax : _____

Mail : _____

DATE DU STAGE : du _____ au _____

Durée en heures : _____

ENTREPRISE

Nom : _____

N° Siret : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Mail : _____

Nom du responsable du suivi du stage d'orientation professionnelle : _____

Fonctions dans l'entreprise : _____

EVALUATION DU CANDIDAT :

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

STAGE VALIDE : oui non

Cachet du responsable de l'entreprise