

Annexe 2

Attestation de stage d'observation

Candidat

NOM de famille : NOM d'usage :
(Nom de naissance)
Prénom : Date de naissance : / ___ / ___ / ___ / ___ /
Adresse :
Code postal : / ___ / ___ / ___ / Ville :
Téléphone : / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / Mail :

Date du stage

Date début du stage : ___ / ___ / ___ Date fin du stage : ___ / ___ / ___
Nombre d'heures réalisées :

Entreprise

NOM de l'entreprise :
N° Siret :
Adresse :
Code postal : / ___ / ___ / ___ / Ville :
Téléphone : / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /
Nom du responsable du suivi du stage

Appréciation du candidat

Critères	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charge, 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 de l'entreprise

Date : / ___ / ___ / ___ /

Signature du responsable :

