



**SERVICE SANITAIRE**

**PÉRIODE DE STAGE : DU LUNDI 20 JANVIER 2025 AU LUNDI 31 MARS 2025**

**ÉVALUATION DE L'ACTION DE L'ÉTUDIANT EN SERVICE SANITAIRE**

Nom de l'établissement d'accueil : .....

Thématique retenue : .....

NOM et Prénom de l'étudiant(e) : .....

Filière et établissement de formation de l'étudiant(e) : .....

*Merci de reporter ci-après la présence de l'étudiant(e) sur les demi-journées (P= Présent, A= Absent, R= Retard) et d'indiquer le nombre d'heures effectuées*

	18/11/24 1ère rencontre	20/01/25		27/01/25		03/02/25		24/02/25		03/03/25		10/03/25		17/03/25		24/03/25		31/03/25	
		M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A
Présence																			
Nombre d'heures réalisées																			

CRITÈRES	TRÈS SATISFAISANT	SATISFAISANT	INSUFFISANT
Assiduité de l'étudiant(e)			
Implication de l'étudiant(e)			
Respect des objectifs et thématiques du projet de l'établissement			
Capacité à travailler en équipe et à intervenir en groupe ou en binôme			
Adaptation de l'intervention, au contexte, aux besoins et demandes de la population			
Attitude appropriée de l'étudiant(e) envers la population et respect du cadre éthique			

Appréciation générale et commentaires :

Cachet de l'établissement

Date, signature du responsable de l'établissement

Nom, fonction, signature du référent encadrant du stage