



STAGE ECG

ÉVALUATION

Ce document muni de toutes les signatures est à remettre
par la/le stagiaire à la direction de l'ECG

1. Stagiaire

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Téléphone

Élève régulier de l'ECG ... Classe :

2. Indications sur le stage

Établissement et stage

Nom de l'établissement

Adresse

Nature du stage

Dates

Durée

Professionnel qualifié de l'établissement

Nom

Prénom

E-mail

3. Prestations fournies par la/le stagiaire

.....

.....

.....



4. Evaluation par le professionnel qualifié de l'établissement (cocher la case qui convient)

	Insuffisant	Suffisant	Bien	Excellent
Assiduité				
Respect des règles établies				
Aptitude à entrer en relation avec les membres de l'équipe				
Aptitude à entrer en relation avec les personnes prises en charge				
Intérêt manifesté pour le domaine professionnel envisagé				
Sens des responsabilités				
Capacité à accepter et à prendre en compte les remarques				
Esprit d'initiative, curiosité				

Professionnel qualifié de l'établissement	
Remarques

Lieu et date	
Signature	

Stagiaire	
Remarques

Lieu et date	
Signature	

Enseignant répondant de l'école	
Remarques
Nom, prénom	
Lieu et date	
Signature	

5. Validation**Le stage est validé.**

Lieu et date

Signature de la direction de l'ECC