

**ATTESTATION DE SUIVI DU STAGE D’OBSERVATION  
(70 heures)**

NOM DE NAISSANCE .....  
NOM MARITAL .....  
PRÉNOM .....  
ADRESSE .....  
ADRESSE SUITE .....  
VILLE ..... CODE POSTAL / / / / / /  
TÉL / / / / / / / / / / / / / PORTABLE / / / / / / / / / / / / /  
COURRIEL ..... @ .....

**DATE DU STAGE**

DU / / / / / / / / / / AU / / / / / / / / / / NOMBRE D’HEURES EFFECTUEES / / / /

NOM ENTREPRISE .....  
N° SIRET .....  
ADRESSE .....  
ADRESSE SUITE .....  
VILLE ..... CODE POSTAL / / / / / /  
NOM DU RESPONSABLE DU SUIVI DU STAGE DE DECOUVERTE DU CANDIDAT .....  
FONCTIONS DANS L’ENTREPRISE .....

	CRITÈRES	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRÈS BON	OBSERVATIONS
<b>EVALUATION DU CANDIDAT</b>	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					

Fait à .....  
Date / / / / / / / / / /

**Signature & cachet du responsable de l’entreprise**  
*(tampon, nom et qualité du signataire)*