# Dispositif AS/IDE : BOOSTEZ VOTRE PARCOURS !

# Attestation et évaluation de fin de stage en immersion

*(à remplir par l’établissements d’accueil)*

**ETABLISSEMENT D'ACCUEIL**

Nom ou dénomination sociale :

Adresse :

**REFERENT DU STAGIAIRE**

Nom : Prénom : ...............................................................

Service : Fonction :

Certifie que

**LE STAGIAIRE**

Nom : Prénom : ...............................................................

Employé au sein de (*nom de l'établissement employeur*) :

...................................................................................................................................................

a effectué un stage d’une durée de :

dans le service de :

Représentant une durée totale de .......... heures.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **SAMEDI** | **DIMANCHE** | **OBSERVATIONS** |
| **Stage**DuAu  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**P** : Présent **MAL** : Malade **AT** : Accident travail **AA** : Absence Autorisée **ASM** : Absence sans motif **RS** : Raison de service

Durant ce stage, les activités suivantes ont été réalisées :

Appréciation :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Satisfaisant | Moyen | Insuffisant |
| Ponctualité |  |  |  |
| Intérêt pour la profession  |  |  |  |
| Capacité à communiquer |  |  |  |
| Capacité à s’intégrer à l’équipe |  |  |  |
| Capacités à observer et à questionner |  |  |  |

Appréciation générale :

Date Signature