

**ATTESTATION DE SUIVI DU STAGE D'OBSERVATION**

**CANDIDAT :**

Nom : Nom marital éventuel :  
 Prénom :  
 Adresse :  
 Code postal : Ville :  
 Tel : Fax :  
 Mail :

**DATE DE STAGE :**

**Du** **au**

**ENTREPRISE**

Nom :  
 N° Siret :  
 Adresse :  
 Code postal : Ville :  
 Tel : Fax :  
 Mail :  
 Nom du responsable du suivi du stage d'observation du candidat :  
 Fonction dans l'entreprise :

**APPRÉCIATION DU CANDIDAT : Mettre une croix dans la colonne choisie et motivez impérativement votre choix dans la case observations**

CRITERES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, 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					
<b>BILAN</b>					

**CACHET** du responsable de l'entreprise

**Date :**