



Fiche d'évaluation de pré-stage en institution

Minimum 5 jours consécutifs à 100%

Prénom(s)	Nom(s) (Merci de préciser TOUS les noms de famille)
Date de naissance	N° de Téléphone
Date du stage	
Début	Fin
Employeur / institution	
Adresse n°	NPA Lieu
Personne de référence	
Prénom	Nom
Téléphone	Mail @

Buts	
Pour les stagiaires	Pour la Croix-Rouge
<ul style="list-style-type: none"> • Prendre conscience des qualités nécessaires dans le domaine médico-social • Observer les activités de l'auxiliaire de santé au quotidien 	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir des éléments visant à une évaluation pronostique

Merci de remplir le dos du document !

Durant ce stage la (le) stagiaire a démontré					
Les qualités suivantes	Avec aisance	Correspond aux exigences	A développer	Ne correspond pas	Non observé
Ponctualité	<input type="checkbox"/>				
Capacité d'adaptation	<input type="checkbox"/>				
Capacité d'observation et de réflexion	<input type="checkbox"/>				
Autonomie et esprit d'initiative	<input type="checkbox"/>				
Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>				
Habilité, sens pratique	<input type="checkbox"/>				
Respect dans la relation avec les pensionnaires	<input type="checkbox"/>				
Aptitude à faire face aux difficultés	<input type="checkbox"/>				
Aptitude pour le travail en équipe	<input type="checkbox"/>				
Capacité d'expression	<input type="checkbox"/>				
Motivation et intérêt pour la profession	<input type="checkbox"/>				
Capacité pour la profession	<input type="checkbox"/>				
Maîtrise du français oral	<input type="checkbox"/>				
Maîtrise du français écrit	<input type="checkbox"/>				

Observations particulière

Tampon et signature de la (du) responsable de stage	Signature de la (du) stagiaire
Ce document n'est pas valable sans la signature ET le tampon !	