



(à compléter par l'étudiant(e))

NOM : ..... Prénom : .....

Stage effectué du : ..... au : .....

Service : .....

Nom – Prénom du Maître de stage : .....

**EVALUATION DU STAGE A RETOURNER AVANT LE 12/04/2019**

(à compléter par le tuteur)

	Très bien	Bien	Assez bien	Passable	Mauvais
<b><u>Qualités relationnelles avec le personnel</u></b>					
Capacité à communiquer					
Relations avec l'équipe soignante					
Assiduité – Ponctualité					
<b><u>Qualités relationnelles avec les patients</u></b>					
Attention à l'égard des patients					
Disponibilité					
<b><u>Compétences, implications</u></b>					
Implication dans les activités proposées					
Sens de l'initiative					
Sens de l'observation					
Hygiène					

**Commentaires et appréciations générales :** .....

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

Signature et **CACHET** du Maître de stage :

**CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION**

**DECISION :**

- Validé  
 Non validé

Le vice-doyen pédagogique,  
Sabine JONIOT,