

<u>STAGIAIRE</u>	<u>ETABLISSEMENT</u>
NOM :	NOM :
PRENOM(S) :	ADRESSE :
Né(e) le :	TELEPHONE :
SIGNATURE :	MAIL :
	Signature et cachet de l'établissement

PERIODES DE STAGE EFFECTUEES PAR LE (LA) STAGIAIRE	
Rappel : période d'une durée minimale de 2 mois cumulés	Nombre de semaines
DU	AU
DU	AU
DU	AU
DU	AU
DU	AU
TOTAL	

<p><u>ENTREPRISE</u></p> <p>RAISON SOCIALE :</p> <p>ADRESSE :</p> <p>TELEPHONE :</p> <p>MAIL :</p>	<p><u>TUTEUR - TUTRICE</u></p> <p>NOM :</p> <p>TELEPHONE :</p> <p>FONCTION :</p> <p>CACHET DE L'ENTREPRISE et SIGNATURE du responsable</p>
---	---

EVALUATION DU (DE LA) CANDIDAT(E) à remplir par le tuteur de l'entreprise d'accueil

	Non maîtrisé	Maîtrise partielle	Bonne maîtrise	Excellente maîtrise
Comprendre				
Se faire comprendre				
Réaliser son activité professionnelle				
S'adapter aux contraintes spécifiques				
<u>Commentaires</u> :				