



STAGE ECG

ÉVALUATION

**Ce document muni de toutes les signatures est à remettre
à la direction de l'ECG de Sion**

1. Stagiaire

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Téléphone

Élève de l'ECG de Sion Classe :

2. Indications sur le stage

Établissement et stage

Nom de l'établissement.....

Adresse

Nature du stage

.....

Dates

Durée 2 semaines à plein temps

Répondant-e de l'établissement

Nom

Prénom

3. Prestations fournies par la/le stagiaire

.....

.....

.....

.....

4. Évaluation par l'établissement (cocher la case qui convient)

	Insuffisant	Suffisant	Bien	Excellent
Assiduité				
Respect des règles établies				
Aptitude à entrer en relation avec les membres de l'équipe				
Aptitude à entrer en relation avec les personnes prises en charge				
Intérêt manifesté pour le domaine professionnel envisagé				
Sens des responsabilités				
Capacité à accepter et à prendre en compte les remarques				
Esprit d'initiative, curiosité				

Répondant-e de l'établissement
<p>Remarques</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Lieu et date</p> <p>Signature</p>

Stagiaire
<p>Remarques</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Lieu et date</p> <p>Signature</p>

Répondant-e de l'école (ECG de Sion)
<p>Remarques</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Lieu et date</p> <p>Signature</p>

5. Validation

Le stage est validé.

Lieu et date

Signature de la direction de l'ECG de Sion