SERVICE SANITAIRE DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ

PÉRIODE DE STAGE : DU LUNDI 18 JANVIER 2027 AU LUNDI 5 AVRIL 2027

ÉVALUATION DE L'ACTION DE L'ÉTUDIANT EN SERVICE SANITAIRE

NOM et Prénom de l'étudiant(e) : .....

Filière et établissement de formation de l'étudiant(e) : .....

Nom de l'établissement d'accueil : .....

Thématique retenue : .....

*Merci de reporter ci-après la présence de l'étudiant(e) sur les demi-journées (**P**= Présent, **A**= Absent, **R**= Retard) et d'indiquer le nombre d'heures réalisées*

	09/11/26 **1ère rencontre**	**18/01/27**		**25/01/27**		**01/02/27**		**08/02/27**		**15/02/267**		**08/03/27**		**15/03/27**		**22/03/27**		**05/04/27**	
		M	**A**	**M**	**A**	**M**	**A**	**M**	**A**	**M**	**A**	**M**	**A**	**M**	**A**	**M**	**A**	**M**	**A**
Présence																			
Nombre d'heures réalisées																			

CRITÈRES	TRÈS SATISFAISANT	SATISFAISANT	INSUFFISANT
Assiduité de l'étudiant(e)			
Implication de l'étudiant(e)			
Respect des objectifs et thématiques du projet de l'établissement			
Capacité à travailler en équipe et à intervenir en groupe ou en binôme			
Adaptation de l'intervention, au contexte, aux besoins et demandes de la population			
Attitude appropriée de l'étudiant(e) envers la population et respect du cadre éthique			

Appréciation générale et commentaires :

Cachet de l'établissement	Date, signature du responsable de l'établissement	Nom, fonction, signature du référent encadrant du stage