



(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 12/04/2024

(à compléter par le tuteur)

	Très bien	Bien	Assez bien	Passable	Mauvais
<u>Qualités relationnelles avec le personnel</u>					
Capacité à communiquer					
Relations avec l'équipe soignante					
Assiduité – Ponctualité					
<u>Qualités relationnelles avec les patients</u>					
Attention à l'égard des patients					
Disponibilité					
<u>Compétences, implications</u>					
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 :