



ADMISSION EN MATURITE SPECIALISEE SANTE (MSSA)

Stage préalable

Étudiante/Étudiant

Nom : Prénom :

Stage préalable correspondant à 4 semaines à 100%

Institution de stage :

Adresse de l'institution :

Stage effectué: du au

Maladie/arrêt éventuel: oui non – si oui, indiquer le nombre de jours d'arrêt:

Taux d'activité: Nombre d'heures hebdomadaires :

Horaire journalier:

Le/La stagiaire a participé aux activités suivantes :

1.
2.
3.
4.
5.

A. Attitude générale

<u>Le/la stagiaire a fait preuve de:</u>	Très bien	Satisfaisant	A Améliorer	Pas observé
Ponctualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attention, concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flexibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curiosité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esprit d'initiative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect des règles internes à l'institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques/observations:

.....
.....

B. Exécution des tâches

<u>Le/La stagiaire :</u>	Très bien	Satisfaisant	A Améliorer	Pas observé
Est méthodique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est persévérant-e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprend rapidement les consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A su gérer le stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A su travailler en coopération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques/observations:

.....
.....

C. Contacts

<u>Le/La stagiaire :</u>	Très bien	Satisfaisant	A Améliorer	Pas observé
Ose poser des questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Montre de l'intérêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'exprime clairement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute les conseils du personnel de l'institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A un comportement adéquat avec les usagers et le personnel de l'institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques/observations:

.....
.....

D. Aptitudes pour le domaine santé

Comment évaluez-vous:

	Très bien	Satisfaisant	A Améliorer	Pas observé
La motivation du/de la stagiaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Son intérêt pour ce domaine professionnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ses représentations de la profession ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ses découvertes du milieu professionnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques/observations:

.....
.....

E. Evaluation générale

Quels sont les points forts que vous avez observé chez le/la stagiaire?

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

Dans le cas où ce/cette stagiaire envisage une formation dans le domaine santé, quels conseils particuliers lui donneriez-vous ?

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

Ce document doit être dûment complété, signé, daté, et muni du timbre de l'institution. Il doit être remis à l'ECG en tant qu'annexe à l'attestation de l'employeur en vue de la validation du stage préalable à la maturité spécialisée santé.

Nom/Prénom + fonction de la personne représentant l'institution:

.....

Lieu et date:

.....

Timbre et signature de l'institution :