

PERIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL N°

DU AU

Nom et prénom du stagiaire : Classe :

Structure d'accueil :

APPRECIATION DU TUTEUR SUR LES ACTIVITES CONFIEES AU STAGIAIRE*

COMPETENCES PROFESSIONNELLES	Très bien	Bien	Passable	Insuffisant
Accueil, communication avec la personne et son entourage				
Analyse des informations				
Participation aux réunions de travail (équipe)				
Gestion et organisation des activités confiées				
Evaluation des activités confiées (auto – contrôle), proposition de remédiation				
Contribution à la gestion de la qualité				
Gestion des stocks et des matériels				
Repérage des habitudes, des besoins et des attentes de la personne				
Participation à l'élaboration de projets individualisés				
Réalisation de soins d'hygiène, de confort et de sécurisation				
Surveillance et alerte de l'état de santé de la personne				
Entretien du cadre de vie, des équipements et du matériel				
Préparation des collations, distribution des repas et /ou des collations				
Aide à la prise des repas				
Conception et animation d'activités d'acquisition ou de maintien de l'autonomie et de la vie sociale				
Participation à des actions de prévention, d'éducation à la santé				

ATTITUDES PROFESSIONNELLES	Très Bien	Bien	Passable	Insuffisant
Ponctualité, assiduité				
Tenue, registre de langage et posture adaptés à l'usager				
Attitude d'écoute				
Respect de la déontologie et de la discrétion professionnelle				
Intégration dans l'équipe de travail				
Esprit d'initiative, dynamisme				

* seules les activités confiées feront l'objet d'un bilan conjoint avec le tuteur

Appréciation générale :

Points positifs :

Points à améliorer :

Nom et fonction du tuteur :

Nom du professeur chargé du suivi :

Date et signature :

Signature :