

ATTESTATION DE VALIDATION DU STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Candidat :

Nom : Prénom :
 Adresse :

 Code Postal : Ville :
 Tél : : Email :
 Date du stage : duau
 Pour une durée deHeures

Entreprise de transport sanitaire :
 N° SIRET :
 Adresse :

 Nom du responsable du suivi du stage découverte :
 Fonctions dans l'entreprise :

Evaluations du candidat :

CRITERES	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRES BON	OBSERVATIONS
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude rigueur					
Maitrise d'un véhicule sanitaire					
Appréciation générale					

STAGE VALIDE : OUI NON

Date :

Cachet de l'entreprise, signature du responsable :