

ATTESTATION D'EVALUATION DE STAGE HOSPITALIER

Etudiant(e) :

Nom :

Prénom :

Promotion :

Evaluateur :

Nom :

Prénom :

Service :

Lieu :

Date du stage :

	Excellent	Bon	Satisfaisant	Médiocre
Assiduité - Ponctualité				
Présentation, tenue				
Qualité des prises d'observations et participation				
Objectifs réalisés				
Relations avec les patients				
Relations avec les soignants				
Progression au cours du stage				
Evaluation clinique de fin de stage				
Appréciation :				

Service : (Cachet et signature du service)

Responsable du Stage :

Date :

Signature :