DOCUMENT 2

**Validation de l’expérience professionnelle spécifique**

**des candidat-e-s à la maturité spécialisée du domaine “santé / sciences expérimentales” (MS Sa)**

**1. Stagiaire** Nom : ……………………….. Prénom : .........................................................

Étudiant de l’ECG de ………………, candidat-e à la maturité spécialisée du domaine « santé /sciences expérimentales »

**2. Institution** Raison sociale : ………………..........................................................................

Nom du service :………………… ..................................................................... Date du au

**3. Répondant-e** Nom : ……………………… Prénom : ..........................................................

**de l’institution**

**4. Répondant-e**

**HES** Nom : ……………………… Prénom : .........................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Le/la stagiaire** | **Nombre**  **de points maximum** | **Nombre**  **de points obtenus** |
| ÉEchange régulièrement avec les différent-e-s professionnel-le-s afin de  conforter son choix professionnel | 10 |  |
| Identifie le rôle des membres de l’équipe pluridisciplinaire | 10 |  |
| Réalise les activités qui lui sont confiées de manière responsable et  planifiée | 10 |  |
| Demande de l’aide ou de la supervision en cas de doute ou de  changement dans la situation | 10 |  |
| Communique de manière claire et adaptée (attitude empathique, écoute active, non jugement). | 10 |  |
| Applique les règles de l’institution (protocoles, hygiènes hospitalière,  radio protection, sécurité, ponctualité, collaboration, etc.) | 10 |  |
| Transmet des informations oralement et par écrit de manière claire et  compréhensible | 10 |  |
| Respecte la personne (protection des données, droit des patients,  respect des principes éthiques) | 10 |  |
| Développe progressivement un esprit d’initiative. Entend les remarques  et en tient compte | 10 |  |
| Argumente son choix professionnel | 10 |  |

**ÉVALUATION DE L’EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE SPÉCIFIQUE (EPS) ……../100 PTS**

**Remarques / Commentaires**

**..............................................................................................................................................................**

**..............................................................................................................................................................**

**..............................................................................................................................................................**

**..............................................................................................................................................................**

**..............................................................................................................................................................**

**..............................................................................................................................................................**

**Nombre de jours d’absences : jours**

**Évaluation sommative finale (min. 60 points)**

Stage réussi  Stage non réussi 

Date : .......................................................

Signature du / de la stagiaire : …………. ................................................ Signature du / de la répondant-e de l’institution : ……………………………………….. Signature du / de la répondant-e HES ...........................................................

**L’expérience professionnelle spécifique est validée oui  non **

Signature de la direction de l’ECG : ....................................................................................

Signature de la cheffe de projet MS Sa : ....................................................................................