



## STAGE ECG

### ÉVALUATION

Ce document muni de toutes les signatures est à remettre  
par la/le stagiaire à la direction de l'ECG de Sierre

#### 1. Stagiaire

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse .....

Téléphone .....

Élève régulier de l'ECG de Sierre Classe : .....

#### 2. Indications sur le stage

##### Établissement et stage

Nom de l'établissement .....

Adresse .....

Nature du stage .....

Dates .....

Durée .....

##### Répondant-e de l'établissement

Nom .....

Prénom .....

E-mail .....

#### 3. Prestations fournies par la/le stagiaire

.....

.....

.....



**4. Evaluation par l'établissement (cocher la case qui convient)**

	Insuffisant	Suffisant	Bien	Excellent
Assiduité				
Respect des règles établies				
Aptitude à entrer en relation avec les membres de l'équipe				
Aptitude à entrer en relation avec les personnes prises en charge				
Intérêt manifesté pour le domaine professionnel envisagé				
Sens des responsabilités				
Capacité à accepter et à prendre en compte les remarques				
Esprit d'initiative, curiosité				

**Répondant-e de l'établissement****Remarques**

.....  
 .....

Lieu et date .....

Signature .....

**Stagiaire****Remarques**

.....  
 .....

Lieu et date .....

Signature .....

**Répondant-e de l'école (ECCG de Sierre)****Remarques**

.....

**Nom, prénom** .....

Lieu et date .....

Signature .....

**5. Validation**

**Le stage est validé.**

Lieu et date .....

Signature de la direction de l'ECCG de Sierre .....