

## 2. FIN DU STAGE:

## ÉVALUATION

par la ou le responsable du stage



Prénom et nom du/de la stagiaire

Profession

Date du stage.

Responsable de stage



**Cochez ce qui convient**

Comportement de la personne pendant le stage

### Motivation pour le stage

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> a cherché à mieux connaître la profession | <input type="checkbox"/> intéressée     | <input type="checkbox"/> a travaillé     |
| <input type="checkbox"/> n'a pas pris le stage au sérieux          | <input type="checkbox"/> peu intéressée | <input type="checkbox"/> vite découragée |
| <input type="checkbox"/> a posé des questions                      | <input type="checkbox"/> persévérante   | <input type="checkbox"/> vite satisfaite |
| <input type="checkbox"/> a pris de bonnes initiatives              | <input type="checkbox"/>                |  |
| <input type="checkbox"/> a déjà une bonne connaissance du métier   |   |  |

### Attitude de la personne

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> croit tout savoir                         | <input type="checkbox"/> polie          | <input type="checkbox"/> impolie     |
| <input type="checkbox"/> a écouté les explications                 | <input type="checkbox"/> consciencieuse | <input type="checkbox"/> expansive   |
| <input type="checkbox"/> a eu un bon contact avec le personnel     | <input type="checkbox"/> active         | <input type="checkbox"/> timide      |
| <input type="checkbox"/> s'est bien adaptée au travail demandé     | <input type="checkbox"/> passive        | <input type="checkbox"/> sûre de soi |
| <input type="checkbox"/> a été à l'aise dans les travaux effectués | <input type="checkbox"/> coopérante     | <input type="checkbox"/> calme       |
| <input type="checkbox"/> a beaucoup observé                        | <input type="checkbox"/> débrouillarde  | <input type="checkbox"/> adroite     |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>             |

Aptitudes pratiques en rapport avec ce métier

- |                                      |                                 |                                      |  |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> excellentes | <input type="checkbox"/> bonnes | <input type="checkbox"/> suffisantes | <input type="checkbox"/> insuffisantes |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--|

Selon vous, cette profession lui convient-elle ?

- |                              |                                    |                              |
|------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Oui, mais | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------------|------------------------------|

Pourquoi ?

Lieu, date, signature

Sceau de l'entreprise