

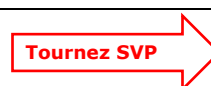
Fiche d'évaluation de pré-stage en institution en vue de la formation d'auxiliaire de santé CRS

Minimum 5 jours consécutifs (10 jours recommandés) à 100% dans une institution dans les soins de base avec des adultes

Nom(s) (Merci de préciser TOUS les noms de famille)	Prénom-s	
Date de naissance	N° de téléphone	
Dates du stage		
Début	Fin	
Employeur / Institution		
Adresse n°	NPA Lieu	
Personne de référence		
Nom	Prénom	Fonction
Téléphone	E-mail	

Objectifs pour l'institution
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obtenir des éléments visant à une évaluation pronostique en vue d'une entrée en formation d'AS CRS <p style="color: red; margin-top: 5px;">NB Ceci n'est pas encore une évaluation des compétences attendues en cours ou à l'issue de la formation d'AS CRS.</p>

Objectifs pour les stagiaires
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prendre conscience des qualités nécessaires pour travailler dans le domaine médico-social ▪ Observer les activités de l'auxiliaire de santé au quotidien ▪ Se confronter aux exigences professionnelles



Durant ce stage la/le stagiaire a démontré les capacités suivantes :				
	Oui, largement	Oui	Non	Non observé
Est ponctuel-le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observe avec attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprend les consignes et les respecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pose des questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demande de l'aide en cas de difficulté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre en relation avec les bénéficiaires de manière respectueuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait preuve d'écoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démontre de l'intérêt pour le travail en équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueille les remarques de l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démontre de l'intérêt pour la profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'exprime en français de manière compréhensible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Impression générale sur le déroulement du stage

Tampon et signature de la (du) responsable de stage	Signature de la (du) stagiaire
Ce document n'est pas valable sans la signature ET le tampon !	