



Ce document est téléchargeable sur www.ecgffr.ch / Services élèves / Information et orientation professionnelles / Stages obligatoires (élèves de 2ème année)

RAPPORT DU/DE LA RESPONSABLE DE L'EXPERIENCE DE VIE

Responsable	Nom de l'ENTREPRISE/INSTITUTION : ↳ Secteur / Unité d'accueil : Nom du/de la responsable : Fonction au sein de l'institution : Téléphone : mail :
--------------------	---

Etudiant/e	Le/la responsable a accueilli l'étudiant-e suivant-e : Nom : Prénom : Durée de l'expérience de vie : du au Nombre d'heures de travail par jour : Nombre total de jours de travail :
-------------------	--

Ce questionnaire a été élaboré pour englober différents types d'expérience de vie. Par conséquent, il se peut qu'une ou plusieurs questions ne soient pas adaptées à votre entreprise/institution. Nous vous serions reconnaissants de répondre dans ce cas dans la colonne « *non observable* ».

1. Généralités

- L'étudiant-e a-t-il/elle été présent-e tous les jours durant son expérience de vie ? Oui Non
- En cas d'absence, l'étudiant-e vous a-t-il/elle prévenu-e de son absence ? Oui Non
 et son absence était-elle acceptable ? Oui Non

Remarques éventuelles :

2. Appréciation **générale** du/de l'étudiant/e

Comment évaluez-vous...	Très bien	Bien	Moyen	Mauvais	Non observable
• la motivation de l'étudiant-e ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• son intérêt pour cette activité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sa représentation de la profession ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• son respect des règles internes de votre institution ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sa ponctualité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Appréciation de l'étudiant/e au niveau relationnel (attitude, contact...)

Comment évaluez-vous...	Très bien	Bien	Moyen	Mauvais	Non observable
• l'écoute de l'élève à l'égard du personnel/responsable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• son comportement vis-à-vis du personnel/responsable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• son comportement avec les clients ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• son intégration au groupe de travail en général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Appréciation de l'étudiant/e au niveau de ses capacités personnelles

Comment évaluez-vous...	Très bien	Bien	Moyen	Mauvais	Non observable
• l'esprit d'observation de l'étudiant-e ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sa concentration lors de la réalisation de ses tâches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• son habileté dans la réalisation de ses tâches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sa capacité à respecter les normes de sécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sa résistance au stress ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• son adaptation au rythme de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sa capacité à assumer des responsabilités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sa capacité à s'autoévaluer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Commentaires par rapport à vos réponses ci-dessus et/ou conseils/réticences/encouragements

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lieu et date : Signature :

PS : MERCI DE JOINDRE L'ATTESTATION OFFICIELLE DE TRAVAIL, AVEC LE SCEAU DE L'ENTREPRISE / INSTITUTION.