

BILAN DE MISE EN SITUATION PROFESSIONNELLE

Bénéficiaire :

Structure d'accueil :

Tuteur / référent structure d'accueil :

Conseiller :

Période couverte par l'évaluation :

Poste / Tâches confiées :

Date du bilan :

Rappel de l'objectif principal de la période de mise en situation professionnelle :

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Découvrir un métier ou un secteur d'activité | <input type="checkbox"/> Acquérir de nouvelles compétences |
| <input type="checkbox"/> Confirmer un projet professionnel | <input type="checkbox"/> Initier une démarche de recrutement |
| <input type="checkbox"/> Acquérir une expérience professionnelle | <input type="checkbox"/> Autres..... |

Type de période de mise en situation professionnelle :

- | | |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Immersion / stage | <input type="checkbox"/> Mission intérim |
| <input type="checkbox"/> CDD | <input type="checkbox"/> Période d'essai CDI |
| <input type="checkbox"/> Autres..... | |

Ce bilan doit permettre d'apprécier les acquisitions réalisées lors de la période de mise en situation professionnelle évaluée, tant en termes de comportement général attendu que de gestes professionnels et de compétences techniques exigées.

Compétences sociales :		
1- Ponctualité Le bénéficiaire a eu : <input type="checkbox"/> Aucun retard <input type="checkbox"/> Un retard <input type="checkbox"/> Plusieurs retards	2- Respect des consignes Le bénéficiaire les a intégrées : <input type="checkbox"/> Rapidement <input type="checkbox"/> Au bout d'un certain temps <input type="checkbox"/> Ne les a pas intégrées	3- Assiduité Le bénéficiaire a toujours été présent : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non : préciser :
4- Implication Le bénéficiaire démontre : - sa volonté de développer des efforts importants pour la structure d'accueil <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - un fort désir de rester membre de l'organisation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	5- Autonomie Le bénéficiaire a : - fait preuve d'esprit d'initiative <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - fait preuve d'organisation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Aptitudes et gestes professionnels		
Activités /Tâches/ Compétences mises en œuvre	Evaluation du tuteur	Appréciations du tuteur
	<input type="checkbox"/> Sait faire <input type="checkbox"/> Ne sait pas faire <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition	
	<input type="checkbox"/> Sait faire <input type="checkbox"/> Ne sait pas faire <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition	
	<input type="checkbox"/> Sait faire <input type="checkbox"/> Ne sait pas faire <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition	
	<input type="checkbox"/> Sait faire <input type="checkbox"/> Ne sait pas faire <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition	
	<input type="checkbox"/> Sait faire <input type="checkbox"/> Ne sait pas faire <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition	
	<input type="checkbox"/> Sait faire <input type="checkbox"/> Ne sait pas faire <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition	
	<input type="checkbox"/> Sait faire <input type="checkbox"/> Ne sait pas faire <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition	

Commentaires et propositions d'action partagés :

Le responsable du suivi
dans la structure d'accueil

Le jeune

Le conseiller référent

**ETAT DE PRESENCE DE LA PERIODE DE MISE EN SITUATION
EN MILIEU PROFESSIONNEL**

BENEFICIAIRE :

STRUCTURE D'ACCUEIL :

A RETOURNER AU PLUS TARD 48H APRES LA FIN DE LA PERIODE PAR FAX OU PAR MAIL ...@....

DATE	JOUR	MATIN*	APRES-MIDI*	PRESENT/A BSENT	OBSERVATIONS
/ /25	LUNDI				
/ /25	MARDI				
/ /25	MERCREDI				
/ /25	JEUDI				
/ /25	VENDREDI				
/ /25	SAMEDI				
/ /25	DIMANCHE				

DATE	JOUR	MATIN*	APRES-MIDI*	PRESENT/A BSENT	OBSERVATIONS
/ /25	LUNDI				
/ /25	77MARDI				
/ /25	MERCREDI				
/ /25	JEUDI				
/ /25	VENDREDI				
/ /25	SAMEDI				
/ /25	DIMANCHE				

* En nombre d'heures

Date : |_|_| |_|_| |_|_|

Signature du tuteur