# Certificat de Stage

**Informations Concernant le stagiaire :**

Nom et prénom de l'étudiant (e) : ……..

Date et Lieu de naissance :……..

Département :……Filière : ……. ……...

A suivi un stage Professionnel : du…… au : …….

**Informations Concernant l'organisme d'accueil :**

| Nom de l'organisme | Adresse | Tél /Fax/Email |
|---|---|---|
| | | |

**Fonctions occupées par le stagiaire (mention obligatoire) :**

……

……

……

……

Cachet et Signature (1) Date :

**1) Du Directeur de l'organisme, son représentant ou du chef de service.**

**NB : Ce certificat doit être établi en double exemplaire.**

# FICHE D'APPRECIATION DU STGAE PROFESSIONNEL

(A remplir par l'organisme d'accueil et à retourner à L'**EST** de Meknès en fin de stage)

Nom de stagiaire :…….. Département :……

Lieu de stage :…….. Filière :……

Responsable du stage :…… Sa fonction :……

| **Comportement** | **Excell.** | **TB** | **B** | **AB** | **Très moy.** | **Insuff.** | **Très Insuff.** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ASSIDUITE** | | | | | | | |
| **PONCTUALITE** | | | | | | | |
| **INTEGRATION DANS LE GROUPE** | | | | | | | |
| **ESPRIT D'EQUIPE** | | | | | | | |
| **MOTIVATION** | | | | | | | |
| **SOUCI DE FORMATION** | | | | | | | |
| **DYNAMISME** | | | | | | | |

| | **Excell.** | **TB** | **B** | **AB** | **Très moy** | **Insuff.** | **Très Insuff** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TRAVAIL NIVEAU DES CONNAISSANCES** | | | | | | | |
| **CURIOSITE & CREATIVITE** | | | | | | | |
| **ESPRIT D'ANALYSE ET DE SYNTHESE** | | | | | | | |
| **LOGIQUE** | | | | | | | |
| **EFFECACITE** | | | | | | | |
| **AUTONOMIE** | | | | | | | |
| **FACULTE D'OBSERVATION** | | | | | | | |

**Cachet de Signature : (1)** **Date :**

**1) Du Directeur de l'organisme, son représentant ou du chef de service.**

**NB : Ce certificat doit être établi en double exemplaire.**