Bilan de mise en situation professionnelle

Bénéficiaire : ……………………………

Structure d’accueil :

Tuteur / référent structure d’accueil :

Conseiller :

Période couverte par l'évaluation du ....../ / au ......../……./……, soit …….. jours de présence

Poste / Tâches confiées :

Date du bilan :

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

□ Découvrir un métier ou un secteur d’activité □ Acquérir de nouvelles compétences

□ Confirmer un projet professionnel □ Initier une démarche de recrutement

□ Acquérir une expérience professionnelle □ Autres :

Type de période de mise en situation professionnelle :

□ Immersion / stage □ Mission intérim

□ CDD □ Période d’essai CDl

□Autres :

Ce bilan ainsi que son annexe jointe 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 : |
| l- PonctualitéLe bénéficiaire a eu :□ Aucun retard □ Un retard□ Plusieurs retards | 2- Respect des consignesLe bénéficiaire les a intégrées :□ Rapidement□ Au bout d’un certain temps □ Ne les a pas intégrées | 3- AssiduitéLe bénéficiaire a toujours été présent :□ Oui□Non : préciser le nombre de jours d’absence  |
| 4- Implication Le bénéficiaire démontre :* sa volonté de développer des efforts importants pour la structure d’accueil

□ Oui □ Non* un fort désir de rester membre de ['organisation

□ Oui □ Non | 5- AutonomieLe bénéficiaire a :- fait preuve d’esprit d’initiative□ Oui □ Non- fait preuve d’organisation□ Oui □ Non |



|  |
| --- |
| Aptitudes et gestes professionnels |
| Activités / tâches / compétences mises en œuvre | Évaluation du tuteur | Appréciations du tuteur |
|  | □ Sait faire□ Ne sait pas faire□ En cours d’acquisition |  |
|  | □ Sait faire□ Ne sait pas faire□ En cours d’acquisition |  |
|  | □ Sait faire□ Ne sait pas faire□ En cours d’acquisition |  |
|  | □ Sait faire□ Ne sait pas faire□ En cours d’acquisition | / |
|  | □ Sait faire□ Ne sait pas faire□ En cours d’acquisition |  |
|  | □ Sait faire□ Ne sait pas faire□ En cours d’acquisition |  |
|  | □ Sait faire □ Ne sait pas faire □ En cours d’acquisition |  |

Commentaires et propositions d’actions partagées :

E

**Le responsable du suivi dans la structure d’accueil**

Signature

**Le bénéficiaire** **Le conseiller référent**

Signature Signature



ANNEXE AU BILAN DE MISE EN SITUATION EN MILIEU PROFESSIONNEL (à dupliquer pour chaque période d'immersion) :

Tableau de suivi de la présence



Nom du bénéficiaire :

Structure d’accueil :

|  |
| --- |
| **Semaine du ……/……/……. au ……/……./……** |
| **Jour** | **Date** | **Matin** | **Après-midi** | **Commentaires éventuels** |
| **Heure Début** | **Heure Fin** | **Heure Début** | **Heure Fin** |
| Lundi | ……/……/….. | …. h ..... | …. h ….. | …. h ..... | …. h ….. |  |
| Mardi | ……/……/….. | …. h ….. | …. h ….. | …. h ….. | …. h ….. |  |
| Mercredi | ……/……/….. | …. h ….. | …. h ….. | …. h ….. | …. h ….. |  |
| Jeudi | ……/……/….. | …. h ….. | …. h ….. | …. h ….. | …. h ….. |  |
| Vendredi | ……/……/….. | …. h ….. | …. h ….. | …. h ….. | …. h ….. |  |
| Samedi | ……/……/….. | …. h ….. | …. h ….. | …. h ….. | …. h ….. |  |
| Dimanche | ……/……/….. | …. h ….. | …. h ….. | …. h ….. | …. h ….. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Le responsable du suivi dans la structure** | Le bénéficiaire |
|  |  |

Ce qui représente sur la période un nombre total de jours de présence en PMSMP de ………………… jours

Co-signatures :