EVALUATION DE l’ALTERNANCE 2024/2025

Organisme d'accueil : Adresse :

Nom et Prénom du Tuteur : Fonction du Maître de l’alternance : Nom et Prénom de l’alternant : Période de l’alternance :

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Commentaires** |
| **Capacité à appréhender et comprendre la mission et organiser un plan d’action adapté** |  |
| **Capacité à mobiliser ses connaissances théoriques et méthodologiques en exploitant l’univers technique et organisationnel de l’entreprise** |  |
| **Capacité à s’intégrer dans l’entreprise et l’équipe de travail** |  |
| **Capacité d'initiative** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Niveau d'employabilité de l'élève à l'issue du stage** |  |
|  |  |
| **Appréciation générale sur l’alternant : note Générale** | **/ 20** |

**Fait à…..**

**Le …../…./ 2025 Signature du maitre d’alternance**