

L'ELEVE

INE : ...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... Classe : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Etablissement fréquenté 2016-2017 : .....

ORIENTATION ENVISAGEE

N° DU VŒU AFFELNET	FORMATION	ETABLISSEMENT

STAGES ET MINI STAGES EFFECTUES

TYPE DE STAGE <input type="checkbox"/> Entreprise <input type="checkbox"/> LP	DUREE	DOMAINE PROFESSIONNEL	EVALUATION

AVIS DU CONSEILLER D'ORIENTATION PSYCHOLOGUE

.....  
 .....  
 .....  
 .....

EVALUATION

CRITERES	TRES SUFFISANT	SUFFISANT	INSUFFISANT	TRES INSUFFISANT
PONCTUALITE – ASSIDUITE				
AUTONOMIE DANS LA DEMARCHE SCOLAIRE : EMPLOIS DU TEMPS, MATERIEL, DEVOIRS...				
ADAPTATION AU GROUPE				
RESPECT DES AUTRES				
RESPECT DU REGLEMENT INTERIEUR				
PERSEVERANCE DANS L'EFFORT				
MOBILITE : UTILISATION DES TRANSPORTS...				
PRISES D'INITIATIVES				
PRISES DE RESPONSABILITES				

AVIS DE L'EQUIPE EDUCATIVE

PROFESSEUR PRINCIPAL ou REFERENT MLDS	CHEF D'ETABLISSEMENT
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Le : ...../...../..... CACHET ETABLISSEMENT  
 Signature du chef d'établissement