

**CERTIFICAT D'APTITUDE PROFESSIONNELLE**

**PÉRIODES DE FORMATION EN ENTREPRISE  
 INVENTAIRE DES TACHES REALISEES PAR LE STAGIAIRE**

STAGIAIRE	ENTREPRISE
NOM :	NOM :
Prénom :	Adresse :
Classe :	Service :
Professeur responsable :	Tuteur(s) responsable(s) :

Période  du :  au :

*à remplir par le stagiaire  
 à vérifier par le Maître de stage*

TACHES REALISEES	CONDITIONS DE REALISATION			EVALUATION			
	en équipe	seul aidé	seul autonome	1	2	3	4

1	Très satisfaisant	
2	Satisfaisant	
3	Juste satisfaisant	