

**Attestation de Formation Complémentaire SMSH
Entretien d'évaluation finale**

Date:

Nom:

Spécialité:

Début de la formation:

Appréciation de la qualité de la formation (par le candidat):

Critique et propositions d'amélioration:

Contrôle du livret d'attestations (si nécessaire):

Intervision (impressions, questions, etc.):

Supervision (impressions, questions, etc.):

Travail avec patients (impressions, questions, etc.):

Présentation des 3 cas (impressions, questions, etc.):

Le candidat est-il intéressé à s'engager activement dans la SMSH (IRHyS) ?

Nom de l'enseignant SMSH qui a fait cette évaluation :

Signature de l'enseignant

Signature du participant