

LOGO DU LYCEE

adresse

****



**BACCALAUREAT PROFESSIONNEL**

**Hygiène Propreté Stérilisation**

**LIVRET DE FORMATION**

**SUIVI DES PERIODES DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL**

## Années scolaires 2013 - 2014 - 2015 - 2016

## Session 2016

PERSONNES A CONTACTER EN CAS DE BESOIN

|  |  |
| --- | --- |
| **Tél établissement. :**  Fax : | |
| **Absences / retards / discipline**  **Incident / accident** | **Proviseur : Tel :**  **Proviseur adjoint : Tel :** |
| **Questions relatives à l’organisation du stage** | **Chef de travaux : Tel :**  **Professeurs de techniques professionnelles :**  **Mme Tel : Mme Tel** |

(L'élève sous statut scolaire est assuré par le centre de formation)

**Nom et prénom du stagiaire :**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE L’ELEVE** |

**NOM : ………………………………………**

**Prénom : ……………………………………**

**Date de naissance : ……/ … … / …….**

**Nom et téléphone du responsable légal : ……………………………………………**

**..................................................................................................................................**

**Adresse : ……………………………………………………………………………………**

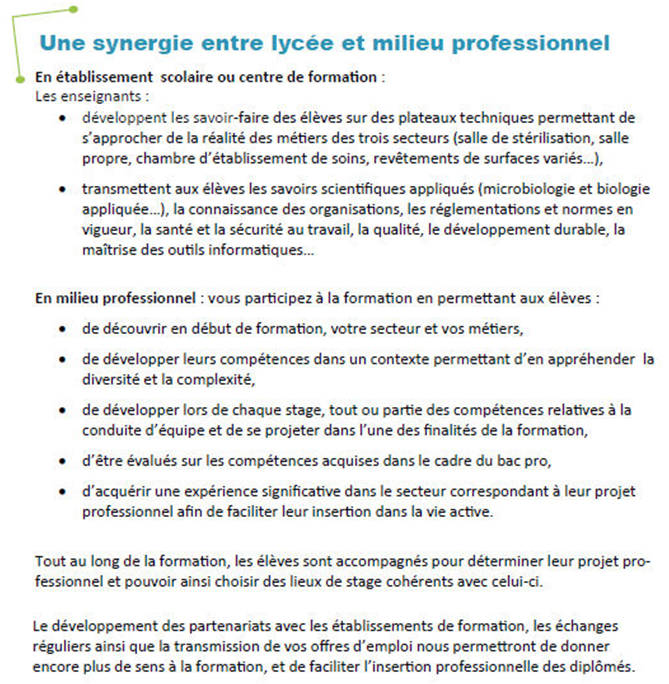
**…………………………………………………………………………………….**

**Code postal : … … … … … … . Ville : ………………………………………**

**Téléphone de l’élève : ... … / … … / …… / …… / ……**







**PERIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL n° 1**

**du … / … / … au … / … / …**

|  |
| --- |
| **ENTREPRISE ou ETABLISSEMENT D'ACCUEIL :**  Nom………………………………………………………………………………….………………………………  Adresse …………..………………………………………………………………………………………..……….  ……………………………………………………………………………………………………..………………  Site (si différent de l’adresse ci-dessus) : ………………………………………………………………………  Adresse …………..………………………………………………………………………………………..……….  ……………………………………………………………………………………………………..………………  Secteur : ❑ Hygiène ❑ Propreté ❑ Stérilisation ❑ Ultrapropreté  Tuteur………………………………………………  Téléphone ……………............................Courriel…………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **OBJECTIFS :**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FICHE BILAN** | | | |
| **Comportement général** | **Très bien** | **Bien** | **A améliorer** |
| Présentation (courtoisie, tenue, langage…) |  |  |  |
| Ponctualité, assiduité |  |  |  |
| Esprit de curiosité, sens de l’observation |  |  |  |
| Capacité à prendre des initiatives |  |  |  |
| Implication dans le travail |  |  |  |
| Mise en œuvre du travail demandé |  |  |  |
| Volonté de s'intégrer dans l'équipe de travail |  |  |  |
| Respect des règles de sécurité |  |  |  |
| Capacité à communiquer |  |  |  |
| Capacité à utiliser un langage adapté |  |  |  |
| **Aptitudes professionnelles** | **Très bien** | **Bien** | **A améliorer** |
| Sens de l’observation |  |  |  |
| Sens de l’organisation |  |  |  |
| Qualité du travail fourni |  |  |  |
| Habileté professionnelle |  |  |  |
| Rapidité d’exécution |  |  |  |
| Capacité à être à l’écoute |  |  |  |
| Compréhension des consignes |  |  |  |
| Acquisition d’une certaine autonomie |  |  |  |
| Aptitude à garder des informations confidentielles |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Absences et retards du stagiaire** | | | |
| Date | Absence | Retard | Motif |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **APPRECIATION GLOBALE DU TUTEUR** :  Date : ………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  Nom et signature du tuteur |

ATTESTATION DE PERIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL **N°**.......

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fonction \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au sein de l’entreprise ou établissement \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifie que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a accompli une Période de Formation en Milieu Professionnel d'une durée effective de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ semainesdu … / … / … au … / … / …. Nombre de journées d'absence : \_\_\_\_\_\_\_\_

A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ **Cachet, nom et signature**

**PERIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL n° 2**

**du … / … / … au … / … / …**

|  |
| --- |
| **ENTREPRISE ou ETABLISSEMENT D'ACCUEIL :**  Nom………………………………………………………………………………….………………………………  Adresse …………..………………………………………………………………………………………..……….  ……………………………………………………………………………………………………..………………  Site (si différent de l’adresse ci-dessus) : ………………………………………………………………………  Adresse …………..………………………………………………………………………………………..……….  ……………………………………………………………………………………………………..………………  Secteur : ❑ Hygiène ❑ Propreté ❑ Stérilisation ❑ Ultrapropreté  Tuteur………………………………………………  Téléphone ……………............................Courriel…………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **OBJECTIFS :**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EVALUATION DU STAGIAIRE** | | | |
| **Comportement général** | **Très bien** | **Bien** | **A améliorer** |
| Présentation (courtoisie, tenue, langage…) |  |  |  |
| Ponctualité, assiduité |  |  |  |
| Esprit de curiosité, sens de l’observation |  |  |  |
| Capacité à prendre des initiatives |  |  |  |
| Implication dans le travail |  |  |  |
| Mise en œuvre du travail demandé |  |  |  |
| Volonté de s'intégrer dans l'équipe de travail |  |  |  |
| Respect des règles de sécurité |  |  |  |
| Capacité à communiquer |  |  |  |
| Capacité à utiliser un langage adapté |  |  |  |
| **Aptitudes professionnelles** | **Très bien** | **Bien** | **A améliorer** |
| Sens de l’observation |  |  |  |
| Sens de l’organisation |  |  |  |
| Qualité du travail fourni |  |  |  |
| Habileté professionnelle |  |  |  |
| Rapidité d’exécution |  |  |  |
| Capacité à être à l’écoute |  |  |  |
| Compréhension des consignes |  |  |  |
| Acquisition d’une certaine autonomie |  |  |  |
| Aptitude à garder des informations confidentielles |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Absences et retards du stagiaire** | | | |
| Date | Absence | Retard | Motif |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **APPRECIATION GLOBALE DU TUTEUR** :  Date : ………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  Nom et signature du tuteur |

ATTESTATION DE PERIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL **N°**.......

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fonction \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au sein de l’entreprise ou établissement \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifie que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a accompli une Période de Formation en Milieu Professionnel d'une durée effective de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ semainesdu … / … / … au … / … / …. Nombre de journées d'absence : \_\_\_\_\_\_\_\_

A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ **Cachet, nom et signature**

**PERIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL n° 3**

**du … / … / … au … / … / …**

|  |
| --- |
| **ENTREPRISE ou ETABLISSEMENT D'ACCUEIL :**  Nom………………………………………………………………………………….………………………………  Adresse …………..………………………………………………………………………………………..……….  ……………………………………………………………………………………………………..………………  Site (si différent de l’adresse ci-dessus) : ………………………………………………………………………  Adresse …………..………………………………………………………………………………………..……….  ……………………………………………………………………………………………………..………………  Secteur : ❑ Hygiène ❑ Propreté ❑ Stérilisation ❑ Ultrapropreté  Tuteur………………………………………………  Téléphone ……………............................Courriel…………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **OBJECTIFS :**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EVALUATION DU STAGIAIRE** | | | |
| **Comportement général** | **Très bien** | **Bien** | **A améliorer** |
| Présentation (courtoisie, tenue, langage…) |  |  |  |
| Ponctualité, assiduité |  |  |  |
| Esprit de curiosité, sens de l’observation |  |  |  |
| Capacité à prendre des initiatives |  |  |  |
| Implication dans le travail |  |  |  |
| Mise en œuvre du travail demandé |  |  |  |
| Volonté de s'intégrer dans l'équipe de travail |  |  |  |
| Respect des règles de sécurité |  |  |  |
| Capacité à communiquer |  |  |  |
| Capacité à utiliser un langage adapté |  |  |  |
| **Aptitudes professionnelles** | **Très bien** | **Bien** | **A améliorer** |
| Sens de l’observation |  |  |  |
| Sens de l’organisation |  |  |  |
| Qualité du travail fourni |  |  |  |
| Habileté professionnelle |  |  |  |
| Rapidité d’exécution |  |  |  |
| Capacité à être à l’écoute |  |  |  |
| Compréhension des consignes |  |  |  |
| Acquisition d’une certaine autonomie |  |  |  |
| Aptitude à garder des informations confidentielles |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Absences et retards du stagiaire** | | | |
| Date | Absence | Retard | Motif |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **APPRECIATION GLOBALE DU TUTEUR** :  Date : ………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  Nom et signature du tuteur |

ATTESTATION DE PERIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL **N°**.......

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fonction \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au sein de l’entreprise ou établissement \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifie que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a accompli une Période de Formation en Milieu Professionnel d'une durée effective de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ semainesdu … / … / … au … / … / …. Nombre de journées d'absence : \_\_\_\_\_\_\_\_

A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ **Cachet, nom et signature**

**PERIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL n° 4**

**du … / … / … au … / … / …**

|  |
| --- |
| **ENTREPRISE ou ETABLISSEMENT D'ACCUEIL :**  Nom………………………………………………………………………………….………………………………  Adresse …………..………………………………………………………………………………………..……….  ……………………………………………………………………………………………………..………………  Site (si différent de l’adresse ci-dessus) : ………………………………………………………………………  Adresse …………..………………………………………………………………………………………..……….  ……………………………………………………………………………………………………..………………  Secteur : ❑ Hygiène ❑ Propreté ❑ Stérilisation ❑ Ultrapropreté  Tuteur………………………………………………  Téléphone ……………............................Courriel…………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **OBJECTIFS :**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EVALUATION DU STAGIAIRE** | | | |
| **Comportement général** | **Très bien** | **Bien** | **A améliorer** |
| Présentation (courtoisie, tenue, langage…) |  |  |  |
| Ponctualité, assiduité |  |  |  |
| Esprit de curiosité, sens de l’observation |  |  |  |
| Capacité à prendre des initiatives |  |  |  |
| Implication dans le travail |  |  |  |
| Mise en œuvre du travail demandé |  |  |  |
| Volonté de s'intégrer dans l'équipe de travail |  |  |  |
| Respect des règles de sécurité |  |  |  |
| Capacité à communiquer |  |  |  |
| Capacité à utiliser un langage adapté |  |  |  |
| **Aptitudes professionnelles** | **Très bien** | **Bien** | **A améliorer** |
| Sens de l’observation |  |  |  |
| Sens de l’organisation |  |  |  |
| Qualité du travail fourni |  |  |  |
| Habileté professionnelle |  |  |  |
| Rapidité d’exécution |  |  |  |
| Capacité à être à l’écoute |  |  |  |
| Compréhension des consignes |  |  |  |
| Acquisition d’une certaine autonomie |  |  |  |
| Aptitude à garder des informations confidentielles |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Absences et retards du stagiaire** | | | |
| Date | Absence | Retard | Motif |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **APPRECIATION GLOBALE DU TUTEUR** :  Date : ………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  Nom et signature du tuteur |

ATTESTATION DE PERIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL **N°**.......

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fonction \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au sein de l’entreprise ou établissement \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifie que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a accompli une Période de Formation en Milieu Professionnel d'une durée effective de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ semainesdu … / … / … au … / … / …. Nombre de journées d'absence : \_\_\_\_\_\_\_\_

A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ **Cachet, nom et signature**

**PERIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL n° 5**

**du … / … / … au … / … / …**

|  |
| --- |
| **ENTREPRISE ou ETABLISSEMENT D'ACCUEIL :**  Nom………………………………………………………………………………….………………………………  Adresse …………..………………………………………………………………………………………..……….  ……………………………………………………………………………………………………..………………  Site (si différent de l’adresse ci-dessus) : ………………………………………………………………………  Adresse …………..………………………………………………………………………………………..……….  ……………………………………………………………………………………………………..………………  Secteur : ❑ Hygiène ❑ Propreté ❑ Stérilisation ❑ Ultrapropreté  Tuteur………………………………………………  Téléphone ……………............................Courriel…………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **OBJECTIFS :**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EVALUATION DU STAGIAIRE** | | | |
| **Comportement général** | **Très bien** | **Bien** | **A améliorer** |
| Présentation (courtoisie, tenue, langage…) |  |  |  |
| Ponctualité, assiduité |  |  |  |
| Esprit de curiosité, sens de l’observation |  |  |  |
| Capacité à prendre des initiatives |  |  |  |
| Implication dans le travail |  |  |  |
| Mise en œuvre du travail demandé |  |  |  |
| Volonté de s'intégrer dans l'équipe de travail |  |  |  |
| Respect des règles de sécurité |  |  |  |
| Capacité à communiquer |  |  |  |
| Capacité à utiliser un langage adapté |  |  |  |
| **Aptitudes professionnelles** | **Très bien** | **Bien** | **A améliorer** |
| Sens de l’observation |  |  |  |
| Sens de l’organisation |  |  |  |
| Qualité du travail fourni |  |  |  |
| Habileté professionnelle |  |  |  |
| Rapidité d’exécution |  |  |  |
| Capacité à être à l’écoute |  |  |  |
| Compréhension des consignes |  |  |  |
| Acquisition d’une certaine autonomie |  |  |  |
| Aptitude à garder des informations confidentielles |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Absences et retards du stagiaire** | | | |
| Date | Absence | Retard | Motif |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **APPRECIATION GLOBALE DU TUTEUR** :  Date : ………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  Nom et signature du tuteur |

ATTESTATION DE PERIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL **N°**.......

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fonction \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au sein de l’entreprise ou établissement \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifie que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a accompli une Période de Formation en Milieu Professionnel d'une durée effective de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ semainesdu … / … / … au … / … / …. Nombre de journées d'absence : \_\_\_\_\_\_\_\_

A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ **Cachet, nom et signature**

**PERIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL n° 6**

**du … / … / … au … / … / …**

|  |
| --- |
| **ENTREPRISE ou ETABLISSEMENT D'ACCUEIL :**  Nom………………………………………………………………………………….………………………………  Adresse …………..………………………………………………………………………………………..……….  ……………………………………………………………………………………………………..………………  Site (si différent de l’adresse ci-dessus) : ………………………………………………………………………  Adresse …………..………………………………………………………………………………………..……….  ……………………………………………………………………………………………………..………………  Secteur : ❑ Hygiène ❑ Propreté ❑ Stérilisation ❑ Ultrapropreté  Tuteur………………………………………………  Téléphone ……………............................Courriel…………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **OBJECTIFS :**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EVALUATION DU STAGIAIRE** | | | |
| **Comportement général** | **Très bien** | **Bien** | **A améliorer** |
| Présentation (courtoisie, tenue, langage…) |  |  |  |
| Ponctualité, assiduité |  |  |  |
| Esprit de curiosité, sens de l’observation |  |  |  |
| Capacité à prendre des initiatives |  |  |  |
| Implication dans le travail |  |  |  |
| Mise en œuvre du travail demandé |  |  |  |
| Volonté de s'intégrer dans l'équipe de travail |  |  |  |
| Respect des règles de sécurité |  |  |  |
| Capacité à communiquer |  |  |  |
| Capacité à utiliser un langage adapté |  |  |  |
| **Aptitudes professionnelles** | **Très bien** | **Bien** | **A améliorer** |
| Sens de l’observation |  |  |  |
| Sens de l’organisation |  |  |  |
| Qualité du travail fourni |  |  |  |
| Habileté professionnelle |  |  |  |
| Rapidité d’exécution |  |  |  |
| Capacité à être à l’écoute |  |  |  |
| Compréhension des consignes |  |  |  |
| Acquisition d’une certaine autonomie |  |  |  |
| Aptitude à garder des informations confidentielles |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Absences et retards du stagiaire** | | | |
| Date | Absence | Retard | Motif |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **APPRECIATION GLOBALE DU TUTEUR** :  Date : ………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  Nom et signature du tuteur |

ATTESTATION DE PERIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL **N°**.......

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fonction \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au sein de l’entreprise ou établissement \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifie que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a accompli une Période de Formation en Milieu Professionnel d'une durée effective de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ semainesdu … / … / … au … / … / …. Nombre de journées d'absence : \_\_\_\_\_\_\_\_

A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ **Cachet, nom et signature**

**BACCALAUREAT PROFESSIONNEL**

**Hygiène Propreté Stérilisation**



**REPERAGE DES ACTIVITES MENEES EN CENTRE DE FORMATION   
ET EN   
MILIEU PROFESSIONNEL**

**Sur le cycle de formation   
(trois ans : seconde, première, terminale)**

**Nom et prénom du stagiaire :**.............................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Activités explicitées à partir du référentiel pouvant aller  de la participation à la tâche donnée  jusqu’au travail en autonomie | | | | **Centre de F** : Activités étudiées en centre de formation  **PFMP** : Période de formation en milieu professionnel  **E** : Activités envisagées en PFMP  **R** : Activités réalisées en PFMP | | | | | | | | | | |
| Les cases **CF** sont cochées par l’enseignant et l’élève  Les cases **E** sont cochées par l’enseignant et le tuteur  Les cases **R** sont cochées par le tuteur avec le  stagiaire | | | | | | | | | | |
| **Les tâches grisées sont communes avec le diplôme intermédiaire (BEP HP)** | **Centre de F** | | **Périodes de Formation en Milieu Professionnel** | | | | | | | | | | | |
| **1** | | **2** | | **3** | | **4** | | **5** | | **6** | |
| **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** |
| **Fonction : organisation des interventions** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Activité A1 / Etude de la commande, du cahier des charges, des protocoles, des procédures** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** recueil des opérations à réaliser |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 2 :** repérage des exigences du donneur  d’ordre |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Activité A2 / Réalisation de l’état des lieux du site et des installations** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** identification des supports, des salissures, des dégradations et des dysfonctionnements |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 2 :** identification des contraintes  d’exploitation, des contraintes liées au contexte |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 3 :** relevé et interprétation des mesures et des observations |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Activité A3 / Analyse des besoins et des contraintes** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** hiérarchisation des contraintes d’exploitation, liées à l’environnement professionnel (notamment réglementaires) |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 2 :** détermination des opérations à  réaliser au regard des contraintes, des risques et  des exigences du donneur d’ordre |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Activité A4 / Gestion des opérations** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1** : organisation et planification des opérations, des postes de travail et des équipements de protection associés |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 2** : préparation des produits, des matériels, des équipements et/ou des véhicules |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 3 :** remise en état du poste de travail, du  lieu d’intervention, clôture du chantier |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fonction : gestion des opérations de maintenance** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Activité A6 / Gestion de la maintenance des matériels et des équipements** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** entretien et rangement des matériels et des équipements |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 2 :** mise en œuvre d’opérations de  maintenance préventive et corrective |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 3 :** déclenchement d’un processus  d’intervention corrective |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Les tâches grisées sont communes avec le diplôme intermédiaire (BEP HP)** | | | **Centre de F** | | **Périodes de Formation en Milieu Professionnel** | | | | | | | | | | | |
| **1** | | **2** | | **3** | | **4** | | **5** | | **6** | |
| **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** |
| **Fonction : conduite d’une équipe** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Activité A4 / Gestion des opérations** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** encadrement d’une équipe | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 2 :** gestion des compétences du personnel | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 3 :** gestion des dotations horaires, des  absences, des aléas… | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 4 :** formation, information des personnels,  participation au recrutement | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fonction : communication en situation professionnelle** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Activité A7 / Communication en situation professionnelle** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** accompagnement de personnels  (accueil, information, formation…) | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 2 :** collecte et transmission des  informations écrites, orales à l’interne et à l’externe | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 3 :** rédaction d’écrits professionnels | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Activité A8 / Gestion de la santé et de la sécurité au travail** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** | Application des plans de prévention | et |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| contrôle des mesures prévues | | |
| **Tâche 2 :** évaluation des risques et choix des  mesures de prévention et des équipements de  protection individuelle | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 3 :** signalement des situations  dangereuses et/ou d’incidents | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Activité A9 / Gestion de la qualité** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** autocontrôle de la qualité des prestations | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 2 :** suivi et contrôle des opérations et de  l’application des procédures | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 3 :** repérage et signalement des  prestations non conformes | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 4 :** mise en place des mesures correctives | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 5 :** enregistrement et traçabilité des  opérations | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Centre de F** | | **Périodes de Formation en Milieu Professionnel** | | | | | | | | | | | |
| **1** | | **2** | | **3** | | **4** | | **5** | | **6** | |
| **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** |
| **Fonction : élaboration et/ou mise en œuvre des procédures et modes**  **opératoires** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Activité A5 / Conduite des techniques professionnelles** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Opérations de stérilisation des dispositifs médicaux (D.M)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Activité : nettoyage des dispositifs médicaux à stériliser ou à désinfecter** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** pré-désinfection |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 2 :** réception des dispositifs médicaux  pré-désinfectés |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 3 :** lavage et séchage mécanisés (auto-  laveurs, ultra-sons…) et manuel |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Activité : mise en œuvre des opérations de désinfection** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** désinfection rinçage séchage stockage |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Activité : préparation des dispositifs médicaux à stériliser** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** recomposition des plateaux et sets de soins |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 2 :** conditionnement |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Activité : mise en œuvre des opérations de stérilisation** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** chargement, suivi, déchargement des stérilisateurs, validation et libération des charges |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 2 :** conduite des stérilisateurs |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Activité : transport et stockage des dispositifs médicaux** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** collecte des dispositifs médicaux |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 2 :** entretien des matériels de transport :  lavage automatique en cabine, nettoyage avec  système d’aspersion, nettoyage vapeur… |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 3 :** stockage et distribution des  dispositifs médicaux |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Activité : réalisation des opérations de contrôle, de traçabilité** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** application des procédures de contrôle sécurisé à chacune des étapes |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 2 :** validation de chaque étapes du  processus |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 3 :** enregistrement, suivi des documents  de traçabilité |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 4 :** identification, déclaration des non  conformités, application des mesures correctives |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Les tâches grisées sont communes avec le diplôme intermédiaire (BEP HP)** | **Centre de F** | | **Périodes de Formation en Milieu Professionnel** | | | | | | | | | | | |
| **1** | | **2** | | **3** | | **4** | | **5** | | **6** | |
| **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** |
| **Fonction : élaboration et/ou mise en œuvre des procédures et modes**  **opératoires** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Activité A5 / Conduite des techniques professionnelles** | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Entretien des locaux commerciaux, industriels, administratifs… (hors zone à risques)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Activité : mise en œuvre des opérations d’entretien courant** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** réalisation des opérations techniques :  **-** Dépoussiérage manuel et mécanisé  **-** Lavage manuel et mécanisé  **-** Spray méthode  **-** Lustrage |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tache 2 :** application des mesures et des moyens  permettant de préserver la qualité de  l’environnement et la santé des personnels |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Activité : mise en œuvre des opérations de remise en état** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** réalisation des opérations techniques :  **-** lavage mécanisé  **-** décapage  **-** injection- extraction  **-** protection  **-** shampooing  **-** nettoyage à haute pression  **-** nettoyage vapeur  **-** ponçage, surfaçage  **-** cristallisation  **-** … |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Activité : mise en œuvre des services connexes** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** aménagement des locaux en fonction de la commande |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 2 :** repérage et signalement des anomalies ou détériorations, interventions mineures |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Activité : participation à l’élaboration de documents techniques et commerciaux** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** recueil des éléments nécessaires (mesures, relevé des contraintes, des moyens mis à disposition…) |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 2 :** proposition de solutions et/ou  améliorations techniques |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Les tâches grisées sont communes avec le diplôme intermédiaire (BEP HP)** | **Centre de F** | | **Périodes de Formation en Milieu Professionnel** | | | | | | | | | | | |
| **1** | | **2** | | **3** | | **4** | | **5** | | **6** | |
| **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** | **E** | **R** |
| **Fonction : élaboration et/ou mise en œuvre des procédures et modes**  **opératoires** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Activité A5 / Conduite des techniques professionnelles** | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Entretien des établissements à contraintes de contaminations particulaires et chimique**  **(zone à risques)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Activité : réalisation des opérations de techniques de nettoyage et de décontamination, de**  **bionettoyage ou d’élimination des particules : entretien courant , remise à blanc** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tâche 1 :** préparation de l’opérateur (protocole  d’habillage) |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 2 :** approvisionnement de la zone d’intervention : nettoyage et décontamination et/ou bionettoyage et/ou stérilisation des matériels de zones aseptiques, équipements, consommables |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 3 :** mise en œuvre des protocoles  spécifiques aux différents secteurs professionnels : bionettoyage, nettoyage et  décontamination par méthodes manuelles ou mécanisées |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 4 :** mise en œuvre de protocoles  spécifiques au nettoyage des réseaux aérauliques |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tâche 5 :** application des protocoles de contrôle spécifiques |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |