



# BILAN DE MISSION

(Participant)

A retourner en mairie dans les 8 jours suivant la fin de mission

**PARTICIPANT :**

Nom : ..... Prénom : .....

**TUTEUR :**

Nom : ..... Prénom : .....

Service : .....

**MISSIONS :**

Objet : .....

Semaine du ..... au .....

Dans une démarche d'évaluation et d'amélioration du dispositif, merci de de nous communiquer ton ressenti sur les points suivants :

Critères	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant
Qualité de l'accueil				
Moyens mis à disposition				
Qualité de l'encadrement				
Clarté des explications données				
Intérêts des tâches confiées				
De manière générale, cette expérience a été				
Appréciation générale				

Aimerais-tu participer à nouveau ?  OUI  NON

Fait à : ....., le ...../...../.....

**Signature :**