



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 :