# **BULLETIN DE VISITE DU FORMATEUR INSPE**

# **STAGE DE PRATIQUE ACCOMPAGNÉE M2 Alternant**

Fichier à retourner par votre adresse universitaire avant le 30 novembre sur la plate-forme COMPAS.

|  |  |
| --- | --- |
| VISITES SEMESTRE 1 • S3 SEMESTRE 2 • S4  Date de la visite : Visite et entretien en présence du MDS □ oui □non | |
| **Nom et Prénom stagiaire:** |  |
| **Email universitaire stagiaire:** |  |
| **Discipline:** |  |
| **Classe/Groupe/effectif:** |  |
| **Etablissement:** |  |
| **Email établissement:** |  |
| **Nom et prénom du tuteur établissement:** |  |
| **Email du tuteur établissement:** |  |
| **Nom et prénom du formateur INSPE:** |  |
| **Email du formateur INSPE:** |  |

|  |
| --- |
| **Informations relatives au contexte d'exercice:** |
| **Pratiques observées:** |
| **Appréciation sur la pratique professionnelle - Maîtrise des compétences professionnelles:** |
| **Points positifs, compétences d'appui :** |
| **Conseils, compétences à travailler:** |
| **Conclusion et recommandations:** |