**EVALUATION GEASP Date : DES \_\_ Groupe n°\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Noms-Prénoms****Adresses mails****Téléphone** | **C1 - Présentation de la situation clinique** | **C2 - Écoute et respect de la parole de l'autre** | **C3 - Participation active au travail du groupe**  | **C4 - Recherche documentaire ou de ressources : effective et valide** | **C5 - Réalisation d'objectifs d'apprentissage****en stage** | **Commentaires** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |