**Annexe R2 - Fiche d’évaluation de l’année de stage**

**FICHE D’ÉVALUATION DANS LE CORPS DES :**

CONCOURS(1) : Interne 🞎 - Externe 🞎 - Unique 🞎 - Réservé 🞎 SESSION :

Date de début de stage :

Mme / M. –

NOM PATRONYMIQUE : ……………………………………………………………………………………………. NOM D’USAGE : ………………………………………………………………………………………………………… PRÉNOMS : ……………………………………………………………………………………………………………..

ACADÉMIE / ÉTABLISSEMENT : …………………………………………………………………………………… ÉTABLISSEMENT D’AFFECTATION\* :

\* Pour les médecins de l’éducation nationale et les CTSSAE, merci d’indiquer le département d’exercice.

# I – Quotité de service et congé durant la période de stage (2) (3) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Exercice à temps complet | 🞎 |  |
| Exercice à temps partiel | 🞎 - Merci de préciser la quotité : | % et les périodes : du au |

L’agent a t-il bénéficié d’un ou plusieurs congé(s) maladie, maternité, sans traitement ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | * oui | * non |
| Ces congés ont-ils excédé 36 jours ? | * oui | * non |

1. Cocher la case correspondante
2. Joindre impérativement la **fiche individuelle de synthèse actualisée pour ATSS**
3. Joindre l’arrêté de temps partiel et un état des congés **pour BIB/ITRF/PTP**

# II – Appréciations sur le déroulement de l’année de stage

|  |
| --- |
| 1.1 FONCTIONS EXERCÉES : |
| 1.2 MESURES D’ACCOMPAGNEMENT : |
| 1.3 CAPACITÉ PROFESSIONNELLE (1) :   * à se positionner : excellente ฀bonne ฀moyenne ฀insuffisante ฀ * à analyser et traiter une situation : excellente ฀bonne ฀moyenne ฀insuffisante ฀ * à communiquer et travailler en équipe : excellente ฀bonne ฀moyenne ฀insuffisante ฀ * à la synthèse, à la gestion du temps : excellente ฀bonne ฀moyenne ฀   insuffisante ฀sans objet ฀  Observations : |

1.4 BILAN DÉTAILLÉ DE L’ANNÉE DE STAGE :

## DATE ET SIGNATURE DU SUPÉRIEUR HIÉRARCHIQUE\* \*

DATE ET SIGNATURE DU DIRECTEUR ACADÉMIQUE DE L’ÉDUCATION NATIONALE\*\*\*

## DATE ET SIGNATURE DE L’AGENT

AVIS DE L’AUTORITÉ HIÉRARCHIQUE COMPÉTENTE :

* RECTEUR DE L’ACADÉMIE
* PRÉSIDENT DE L’UNIVERSITÉ
* DIRECTEUR DE L’ÉTABLISSEMENT D’AFFECTATION

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TITULARISATION | ฀ | **Joindre impérativement la fiche de poste** |
| RENOUVELLEMENT DE STAGE | ฀ | **Joindre impérativement :**   * **la fiche de poste, un rapport complémentaire motivé ;** * **l’avis de la commission de titularisation (BOE, Pacte) ;** * **l’avis de la CPE et l’organigramme pour les agents affectés dans l’enseignement supérieur.** |
| DÉFAVORABLE À LA TITULARISATION ฀ | |

DATE ET SIGNATURE

\*\* Pour les médecins de l’éducation nationale (MEN CT de la DSDEN), BIB, ITRF et PTP

\*\*\* Pour les autres ATSS