

**FICHE D'APPRÉCIATION DE L'ACTION DE PRÉVENTION
SERVICE SANITAIRE 5^{ème} ANNÉE DE PHARMACIE 2024 - 2025**

GROUPE ÉTUDIANT :

NOM - Prénom 1		NOM - Prénom 2	
NOM - Prénom 3		NOM - Prénom 4	
NOM - Prénom 5		NOM - Prénom 6	

STRUCTURE D'ACCUEIL :

NOM et QUALITÉ du Référent de la structure d'accueil :

THÉMATIQUE de l'action de prévention :

PUBLIC ciblé :

Date(s) de l'action de prévention : du **au**

Appréciations sur (à indiquer par une croix dans la case retenue)	Mauvais	Médiocre	Moyen	Bien	Très-Bien
Qualité de la préparation de l'action de prévention Service Sanitaire					
Qualité des supports présentés					
Qualité et adaptation du message délivré au public cible					
Tenue, exactitude et assiduité au travail					
Comportement vis à vis de l'équipe de l'établissement					
Retour exprimé par le public ayant reçu la formation					

PROPOSITION DE VALIDATION : **VALIDÉ** **NON VALIDÉ**

Commentaires :

Seriez-vous intéressés pour accueillir d'autres interventions l'année prochaine sur une des thématiques du service sanitaire suivantes ?

Addiction Nutrition et Activité Physique Prévention des infections et antibiorésistance
Risques de l'Automédication Santé-environnement Santé sexuelle Vaccination

Date : **Signature du Référent :**

Cachet de l'établissement d'accueil

**À TRANSMETTRE IMPÉRATIVEMENT AVANT LE 11 JUILLET 2025
AU SERVICE SCOLARITÉ - 5^{ème} Année OFFICINE**