

**Attestation de Formation Complémentaire SMSH  
Entretien d'évaluation finale**

**Date:**

**Nom:**

**Spécialité:**

**Début de la formation:**

**Appréciation de la qualité de la formation (par le candidat):**

**Critique et propositions d'amélioration:**

**Contrôle du livret d'attestations (si nécessaire):**

**Intervision (impressions, questions, etc.):**

**Supervision (impressions, questions, etc.) :**

**Travail avec patients (impressions, questions, etc.):**

**Présentation des 3 cas (impressions, questions, etc.):**

**Le candidat est-il intéressé à s'engager activement dans la SMSH (IRHyS)?:**

Signature du superviseur :