



RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

*Un Peuple — Un But — Une Foi***ÉCOLE SINE SALOUM SANTÉ (E3S)***École de formation professionnelle en santé*

Kaolack, Léona Lot 167, derrière l'Inspection du Travail

Tél. : 33 941 00 08 · 77 286 96 11 · giesinesaloum@gmail.com

**FICHE D'ÉMARGEMENT***Suivi de la présence de l'étudiant(e)***FILIÈRE : AUXILIAIRE EN PHARMACIE****Stage de 3 mois — 13 semaines**

Nom et prénom(s)	
Matricule	
Niveau / Promotion	
Lieu de stage	
Encadreur	
Date de début	
Date de fin	

*École Sine Saloum Santé — Kaolack, Léona Lot 167, derrière l'Inspection du Travail**Tél. : 33 941 00 08 · 77 286 96 11 · giesinesaloum@gmail.com*

CONSIGNES D'UTILISATION

Cette fiche sert à prouver la présence de l'étudiant(e) pendant les trois mois de stage.

1	L'étudiant signe lui-même, à son arrivée et à son départ, chaque jour de stage.
2	L'encadreur vise la ligne pour confirmer la présence. Une ligne sans visa n'est pas prise en compte.
3	Toute absence doit être justifiée par écrit auprès de l'encadreur et de l'école.
4	Le total des heures est calculé à la fin de chaque semaine, puis reporté dans le récapitulatif final.
5	L'étudiant doit atteindre au moins 90 % de présence pour que le stage soit validé.
6	Toute signature falsifiée entraîne l'annulation du stage.

MOIS 1 — SEMAINES 1 À 4

Semaine 1 — du / / 20..... au / / 20.....

Date	Jour	Heure d'arrivée	Heure de départ	Total h	Signature de l'étudiant	Visa de l'encadreur
Total des heures de la semaine						

Semaine 2 — du / / 20..... au / / 20.....

Date	Jour	Heure d'arrivée	Heure de départ	Total h	Signature de l'étudiant	Visa de l'encadreur
Total des heures de la semaine						

Semaine 3 — du / / 20..... au / / 20.....

Date	Jour	Heure d'arrivée	Heure de départ	Total h	Signature de l'étudiant	Visa de l'encadreur
Total des heures de la semaine						

Semaine 4 — du / / 20..... au / / 20.....

Date	Jour	Heure d'arrivée	Heure de départ	Total h	Signature de l'étudiant	Visa de l'encadreur
Total des heures de la semaine						

MOIS 2 — SEMAINES 5 À 8

Semaine 5 — du / / 20..... au / / 20.....

Date	Jour	Heure d'arrivée	Heure de départ	Total h	Signature de l'étudiant	Visa de l'encadreur
Total des heures de la semaine						

Semaine 6 — du / / 20..... au / / 20.....

Date	Jour	Heure d'arrivée	Heure de départ	Total h	Signature de l'étudiant	Visa de l'encadreur
Total des heures de la semaine						

Semaine 7 — du / / 20..... au / / 20.....

Date	Jour	Heure d'arrivée	Heure de départ	Total h	Signature de l'étudiant	Visa de l'encadreur
Total des heures de la semaine						

Semaine 8 — du / / 20..... au / / 20.....

Date	Jour	Heure d'arrivée	Heure de départ	Total h	Signature de l'étudiant	Visa de l'encadreur
Total des heures de la semaine						

MOIS 3 — SEMAINES 9 À 13

Semaine 9 — du / / 20..... au / / 20.....

Date	Jour	Heure d'arrivée	Heure de départ	Total h	Signature de l'étudiant	Visa de l'encadreur
Total des heures de la semaine						

Semaine 10 — du / / 20..... au / / 20.....

Date	Jour	Heure d'arrivée	Heure de départ	Total h	Signature de l'étudiant	Visa de l'encadreur
Total des heures de la semaine						

Semaine 11 — du / / 20..... au / / 20.....

Date	Jour	Heure d'arrivée	Heure de départ	Total h	Signature de l'étudiant	Visa de l'encadreur
Total des heures de la semaine						

Semaine 12 — du / / 20..... au / / 20.....

Date	Jour	Heure d'arrivée	Heure de départ	Total h	Signature de l'étudiant	Visa de l'encadreur
Total des heures de la semaine						

Semaine 13 — du / / 20..... au / / 20.....

Date	Jour	Heure d'arrivée	Heure de départ	Total h	Signature de l'étudiant	Visa de l'encadreur
Total des heures de la semaine						

RÉCAPITULATIF DE LA PRÉSENCE

Semaine	Heures effectuées	Jours de présence	Absences
Semaine 1			
Semaine 2			
Semaine 3			
Semaine 4			
Semaine 5			
Semaine 6			
Semaine 7			
Semaine 8			
Semaine 9			
Semaine 10			
Semaine 11			
Semaine 12			
Semaine 13			
TOTAL			

Nombre total d'heures de stage effectuées	
Nombre total de jours de présence	
Absences justifiées	
Absences non justifiées	
Retards constatés	

Assiduité : ☐ Satisfaisante ☐ Acceptable ☐ Insuffisante

L'étudiant(e)	Le pharmacien encadreur	La direction de l'école
Nom :	Nom :	Nom :
Date : / / 20.....	Date : / / 20.....	Date : / / 20.....
(Signature)	(Cachet et signature)	(Cachet et signature)