

**MENTION COMPLÉMENTAIRE
AIDE À DOMICILE**
(Arrêté du 10 septembre 2004)
Session :

Cachet
Centre de formation :

**ATTESTATION DE FORMATION EN MILIEU
PROFESSIONNEL**

(A joindre impérativement au dossier E3)

N° candidat

NOM Prénom :

Dispense éventuelle de l'épreuve E1 par l'obtention de : Joindre photocopie du diplôme

Dispense éventuelle de l'épreuve E2 par l'obtention de : Joindre photocopie du diplôme

Le chef d'établissement atteste que le candidat a suivi les heures de cours en centre de formation.

N° candidat				Structure d'accueil		Tâches effectuées	Durée en semaines
Dates	T ¹	U ²	Signature du responsable et Cachet de l'établissement	Nom, fonction et signature du tuteur			
Du :							
Au :							
Du :							
Au :							
Du :							
Au :							
Du :							
Au :							
						Durée en structures médicosociales (6 semaines)	
						Durée au domicile privé individuel (au moins 6 semaines ou minimum 150 heures)	
						Durée au domicile privé collectif (au plus 4 semaines)	
						Total (16 semaines)	

¹ Type : Structure médicosociale ou sociale = C
 Domicile Privé Individuel = PI
 Domicile Privé Collectif = PC
² Usagers : Personnes Agées = PA
 Personnes handicapées = PH
 Familles= F

Le
 Signature du chef d'établissement et cachet.