

BACCALAURÉAT PROFESSIONNEL – SESSION JUIN 2020
Accompagnement, soins et services à la personne
ÉPREUVE ORALE DE CONTRÔLE (Enseignement professionnel)
Option « en structure »

Nom et prénom du candidat :

Établissement ou CFA (département) :

ATTESTATION À PRESENTER A L'EXAMINATEUR

Compétences détaillées non traitées par le professeur d'enseignement professionnel

| COMPETENCES MISES EN ŒUVRE | Savoirs et savoir-faire nécessaires à l'élaboration et la conduite d'un projet d'accompagnement | | Traité | Non traité |
|--|---|--|--------------------------|--------------------------|
| C 1.2 Communiquer avec l'équipe, les autres professionnels, les services, les partenaires | Sciences médico-sociales | Communication professionnelle et interprofessionnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 3.2 La communication écrite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C 3.2 Elaborer le projet individualisé, le projet de vie | | 2.8 La relation personne aidante – personne aidée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 2.2 Le projet individualisé, projet de vie, projet personnalisé, projet d'accompagnement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C 3.4.2.Favoriser l'accès aux apprentissages du jeune handicapé dans le cadre de son accompagnement | Techniques professionnelles et technologie associée Animation – Education à la santé | 1.1 Apprentissage et handicap | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C3.4 Concevoir et mettre en œuvre des activités d'acquisition ou de maintien de l'autonomie et de la vie sociale | | 1.2 Conduites d'activités pour une personne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
| Contextes d'intervention pour la mise en œuvre du projet d'accompagnement | Structures sociales ou médico-sociales : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - EHPAD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - MARPA/MAPAD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - Unité de soins Alzheimer ou syndrome apparenté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Dispositif collectif en milieu ordinaire : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - ULIS école | | |
| | Maison d'accueil spécialisée/ Foyer d'accueil médicalisé (MAS/FAM) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Structures d'accompagnement des jeunes en situation de handicap : | | |
| | - IME | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - IEM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

À _____, le _____

Prénom et NOM :
du professeur /formateur
d'enseignement professionnel
Signature

Prénom et NOM :
du chef d'établissement
ou du directeur de CFA
Signature