

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

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
<b>C 1.2 Communiquer avec l'équipe, les autres professionnels, les services, les partenaires</b>  <b>C 3.2 Elaborer le projet individualisé, le projet de vie</b>  <b>C3.4 Concevoir et mettre en œuvre des activités d'acquisition ou de maintien de l'autonomie et de la vie sociale</b>	Sciences médico-sociales	Communication professionnelle et interpersonnelle 2.1 Communication écrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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"/>
	Techniques professionnelles et technologie associée - Animation	1.2 Conduites d'activités pour une personne :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Contextes d'intervention pour la mise en œuvre du projet d'accompagnement</b>	Service d'aide à domicile :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Service de soins infirmiers à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Service d'aide et d'accompagnement à domicile (S.A.A.D.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>	

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