



**ACADÉMIE
DE VERSAILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Baccalauréat professionnel
Accompagnement, Soins et Services à la Personne**

N° de candidat :

.....

Session :

.....

CENTRE DE FORMATION
(cachet)

**ATTESTATION DES PÉRIODES DE
FORMATION EN MILIEU
PROFESSIONNEL**

La validation du diplôme est soumise au respect de la durée réglementaire des PFMP.

Candidat

N°

NOM :

Prénom :

Classe	Dates de PFMP	Nombre de semaines	Nom et adresse des structures (cachet)	Type de structure Personnes accompagnées	Tuteur ou professionnel responsable (nom, fonction et signature)
2 ^{nde}	Du ___ / ___ / ___ Au ___ / ___ / ___				
	Du ___ / ___ / ___ Au ___ / ___ / ___				
1 ^{ère}	Du ___ / ___ / ___ Au ___ / ___ / ___				
	Du ___ / ___ / ___ Au ___ / ___ / ___				
T ^{ale}	Du ___ / ___ / ___ Au ___ / ___ / ___				
	Du ___ / ___ / ___ Au ___ / ___ / ___				
TOTAL _____ / 22 semaines				<input type="checkbox"/> TOTAL d'au moins 10 semaines auprès d'adultes non autonomes	Le chef d'établissement certifie que le candidat a effectué les PFMP ci-dessus (Signature et cachet)
_____ jours d'absence _____ jours rattrapés		Dates de rattrapage :			