

**CAP ACCOMPAGNANT
ÉDUCATIF PETITE ENFANCE**
Candidats voie scolaire

Session

Académie de Versailles

ATTESTATION

DE PERIODES DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL

Le chef d'établissement, les responsables des périodes de formation en milieu professionnel, CERTIFIENT que le candidat :

NOM..... Prénom.....

N° de candidat.....

a effectué, selon la réglementation en vigueur, ses périodes de formation :

- dans **au moins deux structures** d'exercice professionnel différentes,
- une de ces périodes devant **obligatoirement** être réalisée auprès des **enfants de moins de trois ans pendant une durée minimale de trois semaines**.

	Dates des PFMP	Nombre de jours et de semaines réalisés	Journées d'absence non rattrapées	Structure d'accueil	Type de structure	Tranche d'âge des enfants
1 ^{ère} année	du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _	..... jours Soit.....semaines		Nom du responsable : Cachet et signature :	<input type="checkbox"/> EAJE <input type="checkbox"/> ACM <input type="checkbox"/> Ecole maternelle <input type="checkbox"/> MAM ou assistant maternel <input type="checkbox"/> Organisme de service d'aide à le personne	<input type="checkbox"/> 0-3 ans <input type="checkbox"/> 3-6 ans
	du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _	..... jours Soit.....semaines		Nom du responsable : Cachet et signature :	<input type="checkbox"/> EAJE <input type="checkbox"/> ACM <input type="checkbox"/> Ecole maternelle <input type="checkbox"/> MAM ou assistant maternel <input type="checkbox"/> Organisme de service d'aide à le personne	<input type="checkbox"/> 0-3 ans <input type="checkbox"/> 3-6 ans
2 ^{ème} année	du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _	..... jours Soit.....semaines		Nom du responsable : Cachet et signature :	<input type="checkbox"/> EAJE <input type="checkbox"/> ACM <input type="checkbox"/> Ecole maternelle <input type="checkbox"/> MAM ou assistant maternel <input type="checkbox"/> Organisme de service d'aide à le personne	<input type="checkbox"/> 0-3 ans <input type="checkbox"/> 3-6 ans
	du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _	..... jours Soit.....semaines		Nom du responsable : Cachet et signature :	<input type="checkbox"/> EAJE <input type="checkbox"/> ACM <input type="checkbox"/> Ecole maternelle <input type="checkbox"/> MAM ou assistant maternel <input type="checkbox"/> Organisme de service d'aide à le personne	<input type="checkbox"/> 0-3 ans <input type="checkbox"/> 3-6 ans
Rattrapage	du _ _ / _ _ / _ _ au _ _ / _ _ / _ _	..... jours Soit.....semaines		Nom du responsable : Cachet et signature :	<input type="checkbox"/> EAJE <input type="checkbox"/> ACM <input type="checkbox"/> Ecole maternelle <input type="checkbox"/> MAM ou assistant maternel <input type="checkbox"/> Organisme de service d'aide à le personne	<input type="checkbox"/> 0-3 ans <input type="checkbox"/> 3-6 ans

Le / /
Cachet et signature du Chef d'établissement

VISA DU SERVICE DES EXAMENS

Nombre total de semaines réalisées :
Nombre total de jours réalisés :
Nombre total de semaines effectuées auprès des 0-3 ans :
Nombre total de journée(s) d'absences non rattrapée(s) :