

**CAP ACCOMPAGNANT  
EDUCATIF 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 <sup>ère</sup> 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 la 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 la personne	<input type="checkbox"/> 0-3 ans <input type="checkbox"/> 3-6 ans
2 <sup>ème</sup> 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 la 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 la 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 la 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) :