

Centre de formation

(Cachet)

**BACCALAUREAT PROFESSIONNEL**

**ANIMATION ENFANCE PERSONNES ÂGÉES**

**(Arrêté du 22 juillet 2019)**

**Session : …………**

**ATTESTATION DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL**

**N° candidat NOM : Prénom :**

Date de validation du SST **:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° candidat** |  |  |  |  |  |
| Dates | **T1** | **P2**  | **Centre de formation** | **Structure d’accueil** | **Tâches effectuées** | **Durée**  |
| Nom et signature du professeur référent | Nom, adresse et cachet de la structure | Nom et fonction du tuteur de la structure | **Heures**  | **Semaines**  |
| Du \_ \_ / \_ \_ / \_ \_Au \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Du \_ \_ / \_ \_ / \_ \_Au \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Du \_ \_ / \_ \_ / \_ \_Au \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Du \_ \_ / \_ \_ / \_ \_Au \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Du \_ \_ / \_ \_ / \_ \_Au \_ \_ / \_ \_ / \_ \_: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Du \_ \_ / \_ \_ / \_ \_Au \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** **T**ype : **2 P**ublic : | Animation socio-culturelle/socio-éducative = ASCAnimation de vie sociale = AVSPersonnes Agées = PAEnfants = ETout public = TP | Une PFMP en accueil collectif de mineurs (E32)  |  |
| Une PFMP en animation sociale auprès de personnes âgées en perte d’autonomie (E31)  |  |
| Durée minimale de 8 semaines dans une même structure (E2) |  |
| **Total (22 semaines)** |  |

Le chef d’établissement atteste que le candidat ………………………………………. a suivi les heures de cours en centre de formation.

Le …………………………

Signature du chef d’établissement et cachet.