

Centre de formation
(Cachet)

CERTIFICAT D'APTITUDE PROFESSIONNELLE
Agent accompagnant au grand âge

SESSION :

**ATTESTATION DE FORMATION EN MILIEU
PROFESSIONNEL**

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

N° candidat :

NOM et Prénom du candidat : _____

| Dates | Nombre de semaines | Centre de formation | Structure d'accueil | | Nombre de jours d'absence |
|--|--------------------|--|--|---|----------------------------------|
| | | Nom et signature du professeur référent | Nom, adresse et cachet de la structure | Nom, fonction et signature du responsable | |
| Du ____/____/____ Au ____/____/____ | | | | | ----- Justifiées : OUI NON |
| Du ____/____/____ Au ____/____/____ | | | | | ----- Justifiées : OUI NON |
| Du ____/____/____ Au ____/____/____ | | | | | ----- Justifiées : OUI NON |
| Du ____/____/____ Au ____/____/____ | | PFMP support de l'épreuve certificative <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | | ----- Justifiées : OUI NON |
| Du ____/____/____ Au ____/____/____ | | PFMP Support de l'épreuve certificative <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | | ----- Justifiées : OUI NON |

TOTAL :/14 semaines

TOTAL : jours d'absence..... Jours rattrapés

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

Cadre réservé au contrôle de conformité : (rayer la mention inutile)
 Attestation conforme au règlement d'examen
 Attestation non conforme au règlement d'examen

Le
 Signature du chef d'établissement et cachet.