

ATTESTATION D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

moins de 36 mois en accueil collectif

une attestation par activité professionnelle

Nom de l'organisme de formation :

DEPARTEMENT de RESIDENCE du candidat :

NOM de naissance :

EPOUSE :

PRENOM :

NE(E) le : _ / _ / _ _

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE RESPONSABLE DE LA STRUTURE

Aucune rature, surcharge ou blanco ne sera accepté

Période d'activité professionnelle	STRUCTURE	Type de la STRUCTURE	Tranche d'âge des enfants	Durée	
du : __ / __ / __ au : __ / __ / __	Nom de la structure : _____ N°de SIRET : _____ Nom du responsable : _____ Fonction : _____	<input type="checkbox"/> Multi-accueil <input type="checkbox"/> Crèche <input type="checkbox"/> Halte garderie <input type="checkbox"/> Autre : _____	_____	Nombre de semaines : _____	Nombre d'heures travaillées sur la période : _____

Descriptif des activités réalisées par le candidat auprès de l'équipe pédagogique

Cachet de la structure **obligatoire**

Signature du responsable de la structure

