

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 OBLIGATOIREE PAR LE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE
Aucune rature, surcharge ou blanc ne sera accepté

Période d'activité professionnelle	STRUCTURE	Type de la STRUCTURE	Tranche d'âge des enfants	Durée	
du : _ _ / _ _ / _ _ au : _ _ / _ _ / _ _ soit : _ _ - semaine(s) travaillé(es)	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 Jours travaillés ----- jours Dont _ _ Jour(s) d'absence	Total nombre d'heures travaillées sur la période : ----- hrs soit _ _ hrs par semaine

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

Cachet de la structure obligatoire

Signature du responsable de la structure