

ATTESTATION de FIN de STAGE **3 – 6 ans en accueil collectif** une attestation par stage

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 STRUCTURE

Aucune rature, surcharge ou blanco ne sera accepté

Période de stage	STRUCTURE	Type de la STRUCTURE	Tranche d'âge des enfants	Durée		AMPLITUDE HORAIRE par jour
du : __ / __ / __ au : __ / __ / __ soit : __ semaine(s) travaillé(es)	Nom de la structure : _____ N°de SIRET : _____ Nom du responsable : _____ Fonction : _____	☐ Centre de loisirs ☐ Centre de vacances ☐ Ecole maternelle ☐ Autre : _____	_____	Nombre total de Jours travaillés sur la SEMAINE: _____ jours soit ____ hrs/ sem	Total du nombre d'heures travaillées sur la période : _____ hrs Total du nombre de jour(s) d'absence sur la période : _____ jour(s)	Lundi : de__ à __ Mardi : de__ h à __ h Mercredi : de__ h à __ h Jeudi : de__ h à __ h Vendredi : de__ h à __ h

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

Cachet de la structure **obligatoire**

Signature du responsable de la structure