MAISON DES EXAMENS
Service Interacadémique des Examens & Concours

ATTESTATION Activité Professionnelle
3 – 6 ans en accueil collectif
une attestation par activité professionnelle

CAP AEPE
Session 20 _ _

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 ou d'activité professionnelle	**STRUCTURE/ EMPLOYEUR**	**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