

ATTESTATION de FIN de STAGE
moins de 36 mois 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 STRUTURE
Aucune rature, surcharge ou blanco ne sera accepté

Période de stage	STRUCTURE	Type de la STRUCTURE	Tranche d'âge des enfants	Durée	
				Nombre de semaines :	Nombre d'heures travaillées sur la période :
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 : _____	_____	_____	_____

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

Cachet de la structure **obligatoire**

Signature du responsable de la structure