

ATTESTATION de FIN de STAGE **moins de 36 mois en accueil collectif** **une attestation par stage**

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 STRUTURE

Aucune rature, surcharge ou blanco ne sera accepté

Période de stage	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 : _____	☐ Multi-accueil ☐ Crèche ☐ Halte garderie ☐ Autre : _____	_____	Nombre de <u>Jours</u> <u>travaillés</u> _____ jours Dont _____ Jour(s) d'absence	Total nombre d'heures <u>travaillées</u> 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