CAP AEPE
Session 20_ _

MAISON DES EXAMENS
Service Interacadémique des Examens & Concours

ATTESTATION des CANDIDATS EN CONTRAT D'APPRENTISSAGE / DE PROFESSIONNALISATION EN STRUCTURE COLLECTIVE

Aucune rature, surcharge ou blanco ne sera accepté

1- A REMPLIR PAR LE CENTRE DE FORMATION

Candidat	**Etablissement de Formation**
NOM : de naissance : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Nom Centre de formation : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
NOM d'Epouse : _	Nom du responsable : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Prénom : _	Coordonnées téléphonique : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
NE(E) le : _ _/_ _/_ _ _	**Nombre d'heures de formation par mois** :
DEPARTEMENT de RESIDENCE du candidat : _ _	Cachet du centre de formation :

2- A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE D'ACCUEIL

Période de l'Activité Professionnelle

du _ _ / _ _ / _ _ _ _ au _ _ / _ _ / _ _ _ _ soit _ _ _ _ _ semaines

Nombre de jours de présence au TOTAL	Nombre d'heures travaillées au TOTAL	Nombre de jours d'absence au TOTAL	Tranche d'âge des enfants	**Secteur**
_ _ _ _ _ _ **jours**	_ _ _ _ _ _ **Hrs**	_ _ _ _ _ **jours**	_ _ _ _ _ _	☐ Ecole maternelle ou ACM ☐ EAJE : Crèche, Halte garderie, jardin d'enfants ☐ Autre : _____

Descriptif des activités réalisées par le candidat auprès de l'équipe pédagogique de la structure
Si stage réalisé en Tout Petite Section d'une école maternelle, joindre le certificat de la Mairie, pour validation du stage.

	Nom, qualité et signature du tuteur ou responsable de la structure d'accueil	Cachet de la structure d'accueil (Obligatoire)
Fait le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ **A :** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		