

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 d'Epouse : _____ Prénom : _____ NE(E) le : __/__/__ DEPARTEMENT de RESIDENCE du candidat : _ _	Nom Centre de formation : _____ Nom du responsable : _____ Coordonnées téléphonique : _____ Nombre d'heures de formation par mois : ____ <u>Cachet du centre de formation :</u>

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	Nombre de jours d'absence	Nombre d'heures travaillées sur la période	Tranche d'âge des enfants	Secteur
_____	_____	_____ Soit ____ hrs par semaine	_____	☐ Ecole maternelle ou ACM ☐ EAJE ☐ Domicile ☐ Autre : _____

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

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