

ATTESTATION des CANDIDATS EN CONTRAT D'APPRENTISSAGE/ DE PROFESSIONNALISATION **AU DOMICILE PRIVE**

Aucune rature, surcharge ou blanco ne sera accepté

1- A REMPLIR PAR LE CENTRE DE FORMATION

Candidat	Centre 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 : _ _	<u>Cachet du Centre de formation :</u>

2- A REMPLIR PAR L'ORGANISME PRESTATAIRE DE GARDE D'ENFANTS

Période de l'activité professionnelle					
du __/__/____ au __/__/____ soit _____ semaines					
Nombre de jours de présence	Nombre d'heures travaillées	Nombre de jours d'absence	Nom de l'enfant (*)	(*) Date de naissance de l'enfant	(*) Age de l'enfant

(*) Une ligne par famille et par enfant gardé + joindre **OBLIGATOIREMENT PLANNING mensuel**

Descriptif des activités réalisées par le candidat

Fait le : _____ A : _____	Nom, qualité et signature	Cachet de l'organisme prestataire de garde d'enfants