|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\bmichel4\Desktop\Logo et modèle PPT\Classique.jpeg | **MENTION COMPLEMENTAIRE AIDE A DOMICILE****Arrêté du 10 septembre 2004****Session 20**  | **Cachet****Centre de formation** |
| **Nom, prénom du candidat :**  |

# ATTESTATION D’ACTIVITE PROFESSIONNELLE

A joindre impérativement au dossier E3

Dispense éventuelle de l’épreuve E1 par l’obtention de : ……………………………………….

Dispense éventuelle de l’épreuve E2 par l’obtention de : ……………………………………….

## Joindre les photocopies du diplôme

Date de validation du PCS1 (AFPS) – SST : ………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Structure d’accueil : ………………………………………………………Usagers  ……………………………………………………………………Dates : du …………………………au ……………………………….Durée en semaines : …………………………Nom, fonction et signature du responsable : | **Activités effectuées :****-****-****-****-****-** |