|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL**

(*A joindre impérativement au dossier E3*)

|  |
| --- |
| Dispense éventuelle de l’épreuve E1 par l’obtention de :…………………………………………. *(Joindre les photocopies du diplôme)* |
| Dispense éventuelle de l’épreuve E2 par l’obtention de :…………………………………………. |
| Date de validation du PCS1 (AFPS) - SST : |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dates | **T1** | **U2**  | **Structure d’accueil** | **Tâches effectuées** | **Durée en semaines** |
| Signature du responsable et Cachet de l’établissement | Nom, fonction et signature du tuteur |
| Du :Au : |  |  |  |  |  |  |
| Du :Au : |  |  |  |  |  |  |
| Du :Au : |  |  |  |  |  |  |
| Du :Au : |  |  |  |  |  |  |
| **1** **T**ype : **2 U**sagers : | Structure médicosociale ou sociale = CDomicile Privé Individuel = PIDomicile Privé Collectif = PCPersonnes Agées = PAPersonnes handicapées = PHFamilles= F | Durée en structures médicosociales (6 semaines) |  |
| Durée au domicile privé individuel (au moins 6 semaines ou minimum 150 heures)  |  |
| Durée au domicile privé collectif (au plus 4 semaines)  |  |
| **Total (16 semaines)** |  |

Le chef d’établissement atteste que le candidat ………………………………………. a suivi les heures de cours en centre de formation.

Le ………………………….

Signature du chef d’établissement et cachet