

Affaire suivie par : Mounia Khamlichi
Tél. : 01 49 12 24 55

**MENTION COMPLEMENTAIRE AIDE A DOMICILE
DIPLOME PROFESSIONNEL**

SESSION : 201..



**ATTESTATION DE PERIODES DE
FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL**

Dispense éventuelle de l'épreuve E2 par l'obtention de :.....
(joindre les photocopies du diplôme)
Date de validation du PSC1 ou SST :

Ce document doit être OBLIGATOIREMENT retourné au SIEC au plus tard le
Complémentaire Aide à Domicile de la session 200..

(*) pour les candidats présentant la Mention

A défaut de l'attestation, les candidats ne pourront prétendre à la délivrance du diplôme.

(*) en cas de modification des dates des épreuves, une nouvelle date de remise d'attestation sera précisée par le SIEC

Le chef d'établissement, les responsables des périodes de formation en milieu professionnel, CERTIFIENT que le candidat :

NOM, Prénom :

Numéro du candidat :

Date des P.F.M.P	MILIEU PROFESSIONNEL			TACHES EFFECTUEES	Durée en heures
	TYPE *	USAGERS*	RESPONSABLE		
	<ul style="list-style-type: none"> - Structure médico-sociale - Structure sociale - Domicile privé individuel - Domicile privé collectif 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées - Enfants handicapés - Adultes handicapés - Familles 	<p>NOM :</p> <p>Cachet et Signature :</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> - Structure médico-sociale - Structure sociale - Domicile privé individuel - Domicile privé collectif 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées - Enfants handicapés - Adultes handicapés - Familles 	<p>NOM :</p> <p>Cachet et Signature :</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> - Structure médico-sociale - Structure sociale - Domicile privé individuel - Domicile privé collectif 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées - Enfants handicapés - Adultes handicapés - Familles 	<p>NOM :</p> <p>Cachet et Signature :</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> - Structure médico-sociale - Structure sociale - Domicile privé individuel - Domicile privé collectif 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées - Enfants handicapés - Adultes handicapés - Familles 	<p>NOM :</p> <p>Cachet et Signature :</p>		

* **Rayer les mentions inutiles**

E2	6 semaines obligatoires en structures médico-sociales =	
E3	10 semaines au domicile privé dont 6 semaines obligatoires au domicile privé individuel=	
Total pour candidat à E2 + E3 (16 semaines, soit 512heures)=		
Total pour candidat à E3 (10 semaines, soit 320 heures)=		

D'autre part, le chef d'établissement atteste que le candidat a suivi le nombre d'heures de cours en centre de formation conforme au référentiel

Le :/..../..... Signature du proviseur ou du directeur du centre de formation et cachet