

**Ce document doit être remis à l'institution dans laquelle vous avez effectué les 400 heures d'activité professionnelle auprès d'enfants, dans un lieu d'accueil de l'enfance**

**Institution :**

Raison sociale : .....

Rue et No : .....

NPA : ..... Localité : .....

Tél. fixe : ..... Courriel : .....

Directeur-trice (nom et prénom) : .....

**Candidat-e :**

Nom : ..... Prénom : .....

Rue et n° : ..... N° postal et localité : .....

N° de téléphone : ..... Courriel : .....

**Expérience pratique / stage préalable :**

Groupe ou contexte de travail du ou de la candidat-e : .....

.....

.....

.....

.....

Date de début de la pratique préalable : .....

Date de fin de la pratique préalable : .....

Nombre d'heures réalisées : .....

Suite au verso !

**Personne et/ou formateur-trice à la pratique professionnelle qui a suivi le-la candidat-e :**

Nom : ..... Prénom : .....

Formation suivie :

• EDE :       Oui     Non    Si non à préciser .....

.....

• CAS FPP :    Oui     Non    Si non à préciser .....

.....

Lieu et date : .....

**Signatures :**

De la direction : .....

Du-formateur ou de la formatrice à la pratique professionnelle : .....

Du ou de la candidat-e : .....



