Annexe 2****

**RECAPITULATIF CAP AEPE 33205**

**AVEC Expérience professionnelle**

Nom de naissance : ……………………..…….… Nom marital : ………….…….…………….….…..……..

Prénom : …………………………………….….… Date de naissance : ……….…….………..…..………..

A compléter et à renvoyer avec tous les certificats de travail, les attestations de stage sans surcharge et sans rature avec le tampon de la structure d’accueil, l’âge des enfants et la signature du responsable de la structure.

POUR LE **22 MARS 2024** DERNIER DELAI AU

Rectorat de l’Académie de Reims

DEC2

1 rue Navier

51082 REIMS CEDEX

L’expérience professionnelle est prise en compte de la façon suivante :

* Les assistant(e)s maternel(e)s agréés, gardes d’enfants à domicile, les candidats justifiant d’une expérience professionnelle en école maternelle ou en EAJE ou en ACM (moins de 6 ans) doivent justifier d’une activité professionnelle d’une durée de 14 semaines, à raison de 32h00 par semaine, soit au total de 448 heures.

*Néanmoins dans ces deux cas pour répondre aux exigences des définitions d’épreuves, il est* ***nécessaire*** *que les candidats effectuent un complément d’expérience ou de stage qui leur permettra de préparer dans les meilleures conditions l’épreuve professionnelle pour laquelle ils n’ont pas d’expérience avérée.*

**EXPERIENCES PROFESSIONNELLES DANS LE SECTEUR DE LA PETITE ENFANCE**

**(Vous pouvez dupliquer ce tableau si nécessaire)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom et adresse de la structure ou de l’employeur** | **Période** | **Cadre réservé au contrôle de conformité** |
|  | Du : .…/…./…. au : .…/…./….  Nombre de semaines  ……………  Total en heures  ……………. | ❒ OUI  ❒ NON  MOTIF……..…….....…..  ……………………....….. |
|  | Du : .…/…./…. au : .…/…./….  Nombre de semaines  ……………  Total en heures  ……………. | ❒ OUI  ❒ NON  MOTIF……..…….....…..  ……………………....….. |
|  | Du : .…/…./…. au : .…/…./….  Nombre de semaines  ……………  Total en heures  ……………. | ❒ OUI  ❒ NON  MOTIF……..…….....…..  ……………………....….. |

**STAGES NECESSAIRES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de structure accueillant des enfants de moins de 6 ans** | **Nom et adresse de la structure** | **Période** | **Cadre réservé au contrôle de conformité** |
| ❒ Etablissement d’accueil de jeunes enfants (EAJE)  ❒ Assistant maternel agréé (AMA)  ❒ Service d’aide à domicile – garde d’enfants de moins de 3 ans (SAD)  ❒ Ecole maternelle (EM)  ❒ Etablissement accueil de jeunes enfants ou accueil collectif de mineurs de moins de 6 ans (ACM) |  | Du : .…/…./….  au : …/…./….  Nombre de semaines  ……………  Total en heures  ……………. | ❒ OUI  ❒ NON  MOTIF……......……..  ………………...…….. |