

**ATTESTATION
DE PERIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL
OU
D'EXPERIENCES PROFESSIONNELLES**

La structure (ou l'organisme d'accueil) :

Nom :

Adresse :

Représenté(e) par M/Mme :

Fonction :

Atteste employer ou avoir employé la personne désignée ci-dessous :

Nom : Prénom :

du au

Soit une durée effective totale de jours

soit heures

Pour réaliser les activités suivantes :

-
-
-
-

auprès d'un public d'enfants de :

- 0 à 3 ans
- 3 à 6 ans

Fait à, le

Signature et cachet de la structure ou de l'organisme d'accueil :