|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Acad-Lyon-COMPLET-couleur-quadrilogo |  | *Logo du centre de formation, nom, adresse, téléphone, mail…* |

|  |
| --- |
| **DOSSIER RECAPITULATIF****DES PERIODES DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL****Session 20..** **CANDIDATS EN CONTROLE EN COURS DE FORMATION** |

**baccalauréat professionnel**

**ACCOMPAGNEMENT, SOINS ET SERVICES A LA PERSONNE**

**🞏 Option A : « A domicile »**

**🞏 Option B : « En structure »**

(Arrêté du 11 mai 2011 et arrêté du 24 juillet 2013)

Et Certification intermédiaire : **BEP ASSP**

Insérer à l’intérieur de ce document , (imprimé en A3), les attestations de PFMP et si le candidat en bénéficie les justificatifs de positionnement ou de dérogation. Compléter la fiche récapitulative au verso.

Ce dossier sera fourni à la commission de vérification et si besoin au jury de délibération du diplôme (en cas de non validation par la commission de vérification).

|  |
| --- |
| **CANDIDAT****NOM** (de jeune fille suivi du nom d’épouse) **:** ………………………………….…………………**Prénom :** …………….……**Date de naissance :** ...................................... |
| Le candidat a suivi un parcours passerelle :  | oui 🞏  | non 🞏 |
| Le candidat bénéficie d’une dérogation  | oui 🞏  | non 🞏 |
| Date de la dérogation : ………………….. Nombre de semaines accordées : ……. |
| Le candidat bénéficie d’une mesure de positionnement réglementaire : | oui 🞏  | non 🞏 |

RECAPITULATIF DES PERIODES DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL

|  |
| --- |
| **NOM Prénom du candidat :**  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Classe** | **Dates PFMP**  | **Structures** : nom et ville | **Support d’épreuve** | **Type de public accompagné**  | Total en **semaines** |
| **2nde** | **Du** …..….…… **au** ……..…….. |  | - | 🞎 Enfant 🞎 Enfant en situation de handicap🞎 Adulte non autonome |   |
| **Du** …..….…… **au** ……..…….. |  | - | 🞎 Enfant 🞎 Enfant en situation de handicap🞎 Adulte non autonome |   |
| **Du** …..….…… **au** ……..…….. |  | - | 🞎 Enfant 🞎 Enfant en situation de handicap🞎 Adulte non autonome |  |
| **1ère** | **Du** …..….……**au** ……..…….. |  | EP1 | 🞎 Enfant 🞎 Enfant en situation de handicap🞎 Adulte non autonome |   |
| **Du** …..….…… **au** ……..…….. |  |  | 🞎 Enfant 🞎 Enfant en situation de handicap🞎 Adulte non autonome |   |
| **Tle**  | **Du** …..….……**au** ……..…….. |  |  | 🞎 Enfant 🞎 Enfant en situation de handicap🞎 Adulte non autonome |   |
| **Du** …..….……**au** ……..…….. |  |  | 🞎 Enfant 🞎 Enfant en situation de handicap🞎 Adulte non autonome |   |
|  |  |  |  | **TOTAL SEMAINES** |  |

Jours d’absence : ...... Jours rattrapés : …....

|  |
| --- |
| **Cadre réservé au contrôle de conformité** |
| 22 semaines (moins selon la situation du candidat : parcours en 3, 2 ou 1 an, dérogation accordée…) | oui 🞏  | non 🞏 |
| 10 semaines auprès de l’adulte non autonome ou 10 semaines à domicile | oui 🞏  | non 🞏 |
| Attestation de la commission (validité durée et lieux des PFMP)* **Valide**
* **Non valide**: ……………………………………………………………………………………………………………

Le …………….. Visa de la commission de vérification |

M (Mme) ................................................................ proviseur (e), directeur (trice), atteste avoir pris connaissance de la décision de la commission de vérification.

A………………………..…………le………………………………

 Signature et cachet du centre de formation,