|  |  |
| --- | --- |
|  | **CAP METIERS DE LA COIFFURE**Arrêté du 05/06/2019**SESSION 20….** |
| DOCUMENT RÉCAPITULATIF DES PÉRIODES DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL ET/OU DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES |

|  |
| --- |
| **CANDIDAT** |
| **NOM** : ……….……………………… **Prénom** : …………..…….……… **Date de naissance :** ……□**Candidat scolaire 2 ans** □**Candidat scolaire 1 an** □**Candidat apprenti ou salarié** (2 ans de formation)□**Candidat apprenti ou salarié** (1 an de formation)□**Parcours mixte** |
| **ETABLISSEMENT DE FORMATION** |
| Nom : ………………………………………………………………………………………………………Adresse : …………………………………………………………………………………………………Nom du responsable : ……………………………………………..Téléphone : …………………… |

**Ce dossier comporte les documents suivants :**

□ La fiche récapitulative des périodes de formation en milieu professionnel et/ou des activités professionnelles

□ Les attestations de formation en entreprise

□ La ou les attestations d’activités professionnelles

Nombre de documents joints : ……………

Je, soussigné (e) ………………………………… responsable du centre de formation, certifie la vérification de l’ensemble des documents fournis.

A …………………………………………le ………………………

Cachet et signature du chef d’établissement

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Fiche récapitulative des périodes de formation en milieu professionnel et/ou des activités professionnelles****CAP Métiers de la coiffure**  **Session 20……** |

|  |
| --- |
| **Nom: ………………………….…………………………Prénom : ……………………………………………….** |
| **Périodes** | **Structures**(Nom et adresse) | **Modalité de formation** |
| **Du****Au** |  | **Modalité de formation :** 🞏 PFMP 🞏 Apprentissage/activités professionnelle |
| **Du****Au** |  | **Modalité de formation :** 🞏 PFMP 🞏 Apprentissage/activités professionnelle |
| **Du****Au** |  | **Modalité de formation :** 🞏 PFMP 🞏 Apprentissage/activités professionnelle |
| **Du****Au** |  | **Modalité de formation :** 🞏 PFMP 🞏 Apprentissage/activités professionnelle |
| **Total durée de formation en milieu professionnel** |  …….. 🞏 Semaines  **(si PFMP)** …….. 🞏 Mois |

|  |  |
| --- | --- |
| DAAC éducation artistique et culturelle Délégation Académique aux Arts et à  la Culture de Lyon | **CAP Métiers de la coiffure**Attestation de formation en milieu professionnel N°… |

Conformément à l’article D.124-9 du code de l’éducation, une attestation de stage est délivrée par l’organisme d’accueil à tout élève. Ce document doit être complété et signé le dernier jour de la période de formation en milieu professionnel par un responsable autorisé de l’entreprise d’accueil et remise au stagiaire.

|  |
| --- |
| **L’entreprise** |
| NOM de l’ENTREPRISE : …..………………………….…………………………………….... |
| Adresse : ……………………………………………………………………………………………..……N° d’immatriculation de l’entreprise : ……………………………………………………………………………………. |
| Représenté(e) par : ………………………………………… Fonction : …………………………………….. |
| Nom du tuteur : ……………………………………………… Fonction : ……………………………………. |
| Adresse électronique : ……………………………….. 🕿  : ……………………………………. |
|  |
| **Atteste que l’élève** |
| NOM de l’ELEVE : ……………….…….……. Prénom : ……………………… Date de naissance : ………… Classe : …………………… |
|  |
| **Scolarisé(e) dans l’établissement** |
| NOM de l’établissement de formation: ………………………………………………………………………. |
| Adresse : ……………………………………………………………………………………………………… |
| Représenté par M/Mme ....…………………………………………………en qualité de chef d’établissement |
|  |
| **A effectué une Période de Formation en Milieu Professionnel dans l’entreprise** |
|  du ……………………………… au …………………………………………Soit ……..semainesNombre de retards : ………… Nombre jours d’absence : …….….… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date** | **Signature**  | **Cachet de la structure obligatoire** |

***RATTRAPAGE DES JOURS D’ABSENCE :***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nombre de jours rattrapés*** | ***Dates de rattrapage*** | ***Cachet de la structure***  |

|  |  |
| --- | --- |
| DAAC éducation artistique et culturelle Délégation Académique aux Arts et à  la Culture de Lyon | **CAP Métiers de la coiffure**Attestation d’activités professionnelles N°… |

**Déclaration de l’entreprise avant la fin effective du contrat**

|  |
| --- |
| **L’entreprise** |
| NOM de l’ENTREPRISE : …..………………………….…………………………………….... |
| Adresse : ……………………………………………………………………………………………..……N° d’immatriculation de l’entreprise : ……………………………………………………………………………………. |
| Représenté(e) par : ………………………………………… Fonction : …………………………………….. |
| Adresse électronique : ……………………………….. 🕿  : ……………………………………. |
|  |
| **Atteste que le candidat** |
| NOM  : ……………….…….……. Prénom : ……………………… Date de naissance : ………… 🞏 **Candidat salarié**🞏 **Candidat apprenti** |
|  |
| **A été salarié dans l’entreprise** |
|  du ……………………………… au …………………………………………🞏 **Sans rupture de contrat** 🞏 **Avec rupture de contrat** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date** | **Signature**  | **Cachet de la structure obligatoire** |