|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\bmichel4\Desktop\Logo et modèle PPT\Classique.jpeg | **MENTION COMPLEMENTAIRE AIDE A DOMICILE**  **Arrêté du 10 septembre 2004**  **Session 20** | **Cachet**  **Centre de formation** |
| **Nom, prénom du candidat :** | | |

# ATTESTATION D’ACTIVITE PROFESSIONNELLE

A joindre impérativement au dossier E3

Dispense éventuelle de l’épreuve E1 par l’obtention de : ……………………………………….

Dispense éventuelle de l’épreuve E2 par l’obtention de : ……………………………………….

## Joindre les photocopies du diplôme

Date de validation du PCS1 (AFPS) – SST : ………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Structure d’accueil : ………………………………………………………  Usagers  ……………………………………………………………………  Dates : du …………………………au ……………………………….  Durée en semaines : …………………………  Nom, fonction et signature du responsable : | **Activités effectuées :**  **-**  **-**  **-**  **-**  **-** |