

ANNEXE 2

- **Candidat sous contrat d'apprentissage (établissement non habilité au CCF)**
- **Candidat sous contrat de professionnalisation**

A retourner accompagné de toutes les pièces justificatives avant le 14 mars 2025 à l'adresse suivante :

Rectorat de l'académie de Toulouse – DEC4 – CAP AEPE
– CS 87703 – 31077 Toulouse cedex 4

Important : conserver un double de tous les documents envoyés

Nom de naissance : **Prénom :**

Nom usuel : **Date de naissance :**

A renseigner (à partir de la confirmation d'inscription) - **Inscrit à l'épreuve EP1 :** oui non

Attestation des périodes de formation en entreprise. A compléter

Récapitulatif à renseigner – Le centre de formation complète les tableaux suivants. Pour les candidats ayant signé des contrats d'apprentissage successifs, renseigner une ligne par contrat.

Nom et adresse de l'employeur	Type de structure	Période	Nom du responsable
	<input type="checkbox"/> EAJE <input type="checkbox"/> Ecole maternelle <input type="checkbox"/> ACM (moins de 6 ans) <input type="checkbox"/> SAP (moins de 3 ans) <input type="checkbox"/> Autre :	du :/...../..... au :/...../.....	
	<input type="checkbox"/> EAJE <input type="checkbox"/> Ecole maternelle <input type="checkbox"/> ACM (moins de 6 ans) <input type="checkbox"/> SAP (moins de 3 ans) <input type="checkbox"/> Autre :	du :/...../..... au :/...../.....	

Article R-6223-10 du Code du travail. « Afin de permettre à l'apprenti de compléter sa formation, en application de l'article L. 6221-1, une partie de sa formation pratique peut être dispensée dans d'autres entreprises que celle qui l'emploie notamment pour recourir à des équipements ou des techniques qui ne sont pas utilisés dans celle-ci.»

L'entreprise offre tous les aspects de la formation : oui non

Complément de formation - A compléter par le centre de formation.

Une expérience dans l'accueil des enfants de moins de trois ans est obligatoire.

Une période minimale de **trois semaines** est vivement **conseillée**

Nom et adresse de l'établissement	Type de structure accueillant des enfants de moins de 3 ans	Dates	Nombre total de semaines sur la période	Nombre total d'heures sur la période
	<input type="checkbox"/> Ecole maternelle <input type="checkbox"/> ACM (moins de 6 ans) <input type="checkbox"/> EAJE (moins de 3 ans) <input type="checkbox"/> AMA (moins de 3 ans) <input type="checkbox"/> SAP (moins de 3 ans)	du :/...../..... au :/...../.....semainesheures

Signature du responsable de la formation

et cachet de l'établissement de formation :

En cas de non-conformité au règlement d'examen, le candidat ne sera pas autorisé à présenter les épreuves professionnelles EP1, EP2 et EP3
Le diplôme ne lui sera pas délivré.

Justificatifs à joindre à l'ANNEXE 2

Nom de naissance : Prénom :
Nom usuel : Date de naissance :

Documents à joindre obligatoirement :
Cocher les cases correspondant aux documents fournis

<input type="checkbox"/> Pour tous les candidats :	<input type="checkbox"/> ANNEXE 2 complétée <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation <input type="checkbox"/> Attestation d'expérience professionnelle (ci- jointe) : une attestation par structure (obligatoire) <input type="checkbox"/> Attestation de PFMP (ci- jointe) : une attestation par structure (si nécessaire)
--	---

Attestation de PFMP (stage) ou d'expérience professionnelle

Document à joindre à l'ANNEXE 2

(Document à dupliquer : 1 attestation par structure)

Identification de la structure d'accueil du candidat :

Nom :

Adresse :

Représenté(e) par : Nom Prénom :

Fonction :

Nom du tuteur : : Titulaire d'un titre ou diplôme de la petite enfance et au moins
1 année d'expérience professionnelle dans le secteur
ou Expérience de 2 ans dans la petite enfance

Identification du candidat :

Nom de naissance : Prénom :

Nom usuel : Date de naissance :

Nature de l'activité en milieu professionnel (cocher la case correspondante)

Stagiaire dans la structure **Salarié** dans la structure

Durée de la période d'activité en milieu professionnel dans la structure

du..... au

Soit une durée effective totale de : semaines soit : heures (**obligatoire**)

Activités réalisées :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soins d'hygiène corporelle et de confort | <input type="checkbox"/> Autres (à préciser)..... |
| <input type="checkbox"/> Mise en œuvre d'activités éducatives et de loisirs | |
| <input type="checkbox"/> Elaboration des repas | |
| <input type="checkbox"/> Aide au service des repas | |
| <input type="checkbox"/> Entretien des locaux et des équipements | |
| <input type="checkbox"/> Assistance pédagogique à l'enseignant | |
| <input type="checkbox"/> Remise en état des matériels et des locaux | |

Age des enfants (cocher la case correspondante)

0-moins de 3 ans structure collective structure individuelle
 3 ans-moins de 6 ans autre : préciser

Date, signature du représentant et **cachet** de la structure ou de l'organisme d'accueil (**obligatoire**)