

AUTORISATION DE L'ÉTABLISSEMENT
LIEU DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

(Autorisation concernant uniquement les candidats titulaires du D.E.A.M.P., du D.E.A.V.S
ou mention complémentaire aide à domicile pour une spécialité suivie au cours de l'année 2020)

Je soussigné(e).....

Représentant l'**Etablissement**.....

autorise M

adresse :

Date d'entrée en fonction dans l'établissement :

Statut du (de la) candidat(e) (avec **dates de début et fin du contrat**) :

salarié de l'Etablissement (CDI-CDD) : autre (à préciser) :

(joindre impérativement les justificatifs de ces statuts et/ou copie des contrats)

titulaire du : **D.E.A.M.P.** du **D.E.A.E.S** de la mention complémentaire aide à domicile (1)

à suivre la spécialité : → **Accompagnement de la vie à domicile**

→ **Accompagnement de la vie en structure collective**

→ **Accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire**

D'ACCOMPAGNANT EDUCATIF ET SOCIAL en situation d'emploi (suivant Décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016)

du **27/01/2020** au **29/05/2020**

du **14/09/2020** au **20/12/2020**

spécialité **accompagnement de la vie en structure collective**

Prise en charge financière du coût de la formation par : O.P.C.O.

(indiquer le nom de l'organisme et le dispositif concerné)

plan de formation CPF CFP autre (à préciser)

joindre le justificatif (ou l'adresser) de l'accord du financement dès réception – si autofinancement du stagiaire : joindre attestation personnelle)

Pour l'année 2020 : Droits d'inscription et frais pédagogiques : 1 743,42 €

A , le

Cachet de l'Etablissement et signature

(1) Rayez la mention inutile