**Baccalauréat professionnel accompagnement soins et services à la personne** (option « EN STRUCTURE »)

**fiche récapitulative individuelle des périodes de formation en milieu professionnel (PFMP)**

**CANDIDAT**

 **Nom et Prénom :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° de la PFMP nombre de semaines à effectuer** | **Secteur enfance** | **Secteur****handicap** | **Adultes non autonomes** | **Autres**  | **Dates de la période** | **Durée en semaine****(et jours si nécessaire)** |
| **Ecole maternelle** | **Garde et multi-accueil** | **Accueil de Loisirs avec ou sans hébergement**  |  **Enfant** | **Adultes**  | **Service hospitalier** | **EHPAD** | **Autres**  |  |  |  |
| **PFMP 1** **…….. semaines** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PFMP 2** **………semaines** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PFMP 3** **………semaines** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PFMP 4** **………semaines** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PFMP 5** **…… semaines** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PFMP 6** **………semaines** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Indiquer les périodes justifiant la récupération d’absences au-delà d’1 semaine.** |
| **PFMP…….****…………. jours** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PFMP…….****…………. jours** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Durée totale en semaines**  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A compléter par la commission d’harmonisation** | **Conformité*** **22 semaines effectuées**
* **Attestations fournies**
* **10 semaines adultes non autonomes au moins**
 | **Oui** | **Non\*** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Justification de la non conformité :** |

**\**fournir les pièces justificatives pour toute situation particulière ; en cas de non-conformité, la suite donnée sera mise en œuvre par le recteur de l’académie.***

**Je soussigné(e)…………………………………………………………………, Proviseur/Directeur**

**A ……………………………………………, le …………………………………. Signature et cachet**