|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE QUI FAIT L’OBJET DE L’ATTESTATION** | | | | | | | | |
| **Nom et prénom** | |  | | | **Date de naissance** | | |  |
| **Date de début de l’emploi** | |  | | | **Date de fin de l’emploi** | | |  |
| **Désignation de l’emploi** | |  | | | | | | |
| **SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR L’EMPLOYEUR ET SUR L’AUTORITÉ COMPÉTENTE** | | | | | | | | |
| **Raison sociale (nom de l’établissement)** | |  | | | | | | |
| **Type et identification de l’autorité compétente qui a reconnu l’établissement** | | 🞏 Service de garde éducatif à l’enfance reconnu situé dans une autre province ou un territoire canadien | | | **Nom de l’autorité compétente** | |  | |
| **Numéro attribué par l’autorité compétente (ex. : numéro de permis)** | |  | |
| **Numéro de téléphone** | |  | |
| 🞏 Établissement d’enseignement reconnu | | | **Nom de l’établissement d’enseignement** | |  | |
| **SECTION 3 – HEURES D’EXPÉRIENCE QUALIFIANTE** | | | | | | | | |
| **SECTION 3.1 – Heures entièrement rémunérées** | | | | | | | | |
| **Périodes** | | | | | | | | **Nombre d’heures** |
| Du (jj/mm/année) |  | | | au (jj/mm/année) | |  | |  |
| Du (jj/mm/année) |  | | | au (jj/mm/année) | |  | |  |
| Du (jj/mm/année) |  | | | au (jj/mm/année) | |  | |  |
| Du (jj/mm/année) |  | | | au (jj/mm/année) | |  | |  |
| **Sous-total** | | | | | | | |  |
| **SECTION 3.2 – Heures de formation de perfectionnement** | | | | | | | | |
| **Titre de la formation** | | | **Formateur agrée par la CPMT[[1]](#footnote-1) ou un établissement d’enseignement reconnu** | | | **Durée de la formation (nombre d’heures)** | | **Nombre d’heures (durée de la formation de perfectionnement x 2)** |
|  | | | ❑ Oui ❑ Non | | |  | |  |
|  | | | ❑ Oui ❑ Non | | |  | |  |
|  | | | ❑ Oui ❑ Non | | |  | |  |
| **Sous-total** | | | | | | | |  |
| **TOTAL** | | | | | | | |  |
| **SECTION 4 – RENSEIGNEMENTS SUR LA REPRÉSENTANTE OU LE REPRÉSENTANT DE L’EMPLOYEUR QUI DÉLIVRE L’ATTESTATION** | | | | | | | | |
| **Si vous représentez une agence de remplacement ou de placement, veuillez indiquer sa raison sociale.** | | | | |  | | | |
| **Nom et prénom** | |  | | | **Numéro de téléphone** | | |  |
| **Désignation de l’emploi** | |  | | | | | | |
| **Signature** | |  | | | **Date** | | |  |

1. Commission des partenaires du marché du travail [↑](#footnote-ref-1)