|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE RESPONSABLE D’UN SERVICE DE GARDE ÉDUCATIF**  **EN MILIEU FAMILIAL (RSGE) QUI FAIT L’OBJET DE L’ATTESTATION** | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom et prénom de la RSGE** | | |  | | | | | | | | | | |
| **Date de début des activités dans le territoire du BC** | | |  | | | | **Date de cessation des activités dans le territoire du BC** | | | | | |  |
| **Numéro de fiche**, si disponible dans le registre des RSGE | | |  | | | | **Date de naissance de la RSGE** | | | | | |  |
| **SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LE BUREAU COORDONNATEUR DE LA GARDE ÉDUCATIVE EN MILIEU FAMILIAL (BC)** | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom du BC** | | |  | | **Numéro du BC** | | | | | |  | | |
| **Adresse du BC** | | |  | | **Téléphone du BC** | | | | | |  | | |
| **SECTION 3 – HEURES D’EXPÉRIENCE QUALIFIANTE** | | | | | | | | | | | | | |
| **SECTION 3.1 – Heures entièrement rémunérées** | | | | | | | | | | | | | |
| **Périodes d’ouverture**  Nombre moyen d’heures par jour : \_\_\_\_\_\_\_\_heures | | | | | | | | | | | | **Nombre d’heures** ([jours d’ouverture et d’APSS[[1]](#footnote-1) – jours de remplacement] x nombre moyen d’heures par jour) | |
| Du (jj/mm/année) |  | au (jj/mm/année) | |  | | Nombre de jours | | | |  | |  | |
| Du (jj/mm/année) |  | au (jj/mm/année) | |  | | Nombre de jours | | | |  | |  | |
| Du (jj/mm/année) |  | au (jj/mm/année) | |  | | Nombre de jours | | | |  | |  | |
| **Sous-total** | | | | | | | | | | | |  | |
| **SECTION 3.2 – Heures de formation de perfectionnement** | | | | | | | | | | | | | |
| **Titre de la formation** | | **Formateur agrée par la CPMT[[2]](#footnote-2) ou établissement d’enseignement reconnu au Canada** | | | | | | **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 DU BC QUI DÉLIVRE L’ATTESTATION** | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom et prénom** | | |  | | | | | | **Téléphone** | | |  | |
| **Désignation de l’emploi** | | |  | | | | | | | | | | |
| **Signature** | | |  | | | | | | **Date** | | |  | |

1. APSS : Journées d’absence de prestation de services subventionnées [↑](#footnote-ref-1)
2. CPMT : Commission des partenaires du marché du travail [↑](#footnote-ref-2)