

Attestation d'expérience qualifiante acquise à titre de personne responsable d'un service de garde éducatif en milieu familial au Québec

Directive concernant l'évaluation de la qualification
du personnel éducateur de la petite enfance

Formulaire 2

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 naissance de la RSGE :
Date de début des activités dans le territoire du bureau coordonnateur de la garde éducative en milieu familial (BC) :		
Date de cessation des activités dans le territoire du BC :		
Numéro de fiche, si disponible dans le registre des RSGE :		

Section 2 – Renseignements sur le BC

Nom du BC :		Numéro du BC :
Coordonnées du bureau coordonnateur		
Numéro d'immeuble :	Rue, avenue, boulevard :	Bureau, app. :
Ville, municipalité :	Province :	Code postal :
Courriel :	Téléphone :	Poste :

Section 3 – Heures d'expérience qualifiante

3.1. Heures d'expérience de travail aux fins de la qualification

Périodes d'ouverture					Nombre d'heures ([jours d'ouverture et d'APSS ¹ – jours de remplacement] x nombre moyen d'heures par jour)
Nombre moyen d'heures par jour : _____ heures					
Du (aaaa-mm-jj)		au (aaaa-mm-jj)		Nombre de jours	
Du (aaaa-mm-jj)		au (aaaa-mm-jj)		Nombre de jours	
Du (aaaa-mm-jj)		au (aaaa-mm-jj)		Nombre de jours	
Du (aaaa-mm-jj)		au (aaaa-mm-jj)		Nombre de jours	
Du (aaaa-mm-jj)		au (aaaa-mm-jj)		Nombre de jours	
Du (aaaa-mm-jj)		au (aaaa-mm-jj)		Nombre de jours	
Sous-total					

3.2. Heures de formation de perfectionnement

Titre de la formation	Formateur agréé par la CPMT 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)
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Sous-total			
TOTAL			

Section 4 – Renseignements sur la représentante ou le représentant du BC qui délivre l'attestation

Nom et prénom :

Téléphone :

Poste :

Courriel :

Désignation de l'emploi :

Signature:

Date :

1 APSS : Journées d'absence de prestation de services subventionnées

2 CPMT : Commission des partenaires du marché du travail