

Directive concernant les diplômes et les équivalences reconnus
pour la qualification du personnel éducateur de la petite enfance

Formulaire 1

Section 1 – Renseignements sur la personne qui fait l'objet de l'attestation

Nom et prénom :		Date de naissance :
Désignation de l'emploi :		
Date de début de l'emploi :	Date de fin de l'emploi :	

Section 2 – Renseignements sur l'employeur et sur l'autorité compétente

Raison sociale de l'établissement :		
Adresse de l'établissement		
Numéro d'immeuble :	Rue, avenue, boulevard :	Bureau, app. :
Ville, municipalité :	Province :	Code postal :
Type et identification de l'autorité compétente qui a reconnu l'établissement		
<input type="checkbox"/> Service de garde éducatif à l'enfance reconnu situé au Québec <input type="checkbox"/> 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) :	
<input type="checkbox"/> Établissement d'enseignement reconnu	Téléphone :	Poste :
	Nom de l'établissement d'enseignement :	

Section 3 – Heures d'expérience qualifiante

3.1. Heures entièrement rémunérées

Périodes				Nombre d'heures
Du (aaaa-mm-jj)		au (aaaa-mm-jj)		
Du (aaaa-mm-jj)		au (aaaa-mm-jj)		
Du (aaaa-mm-jj)		au (aaaa-mm-jj)		
Du (aaaa-mm-jj)		au (aaaa-mm-jj)		
Du (aaaa-mm-jj)		au (aaaa-mm-jj)		
Du (aaaa-mm-jj)		au (aaaa-mm-jj)		
Sous-total				

3.2. Heures de formation de perfectionnement

Titre de la formation	Formateur agréé par la CPMT 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)
	<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 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 :

Téléphone :

Poste :

Courriel :

Désignation de l'emploi :

Signature:

Date :

¹ Commission des partenaires du marché du travail