

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

Directive concernant les diplômes et les équivalences reconnus
pour 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