**Promotion : 20.. /20..**



**BACCALAURÉAT PROFESSIONNEL**

**Accompagnement, soins et services à la personne**

*(Arrêté du 2 février 2022)*

**LIVRET DE SUIVI DES PÉRIODES DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL (PFMP)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **Identification de l’établissement de formation** |  |

**Nom - Prénom du stagiaire :**

***Remarques : Page de garde à adapter en fonction de l’établissement de formation.***

**SOMMAIRE**

1 - Identification de l’élève et de l’établissement de formation p.3

1. - Présentation du baccalauréat professionnel ASSP p.4
2. - Objectifs et organisation des périodes de formation en milieu professionnel  p.5 à 6

4 - Documents de suivi de l’élève p.7 à 24

* **Classe de seconde baccalauréat professionnel**

Période de formation en milieu professionnel N°1 p.7

Tableaux d’activités p.8

Attestation de formation en entreprise p.9

Périodes de formation en milieu professionnel N°2 p.10

Tableaux d’activités p.11

Attestation de formation en entreprise p.12

* **Classe de première baccalauréat professionnel**

Période de formation en milieu professionnel N°3 p.13

Tableaux d’activités p.14

Attestation de formation en entreprise p.15

Période de formation en milieu professionnel N°4 p.16

Tableaux d’activités p.17

Attestation de formation en entreprise p.18

* **Classe de terminale baccalauréat professionnel**

Période de formation en milieu professionnel N°5 p.19

Tableaux d’activités p.20

Attestation de formation en entreprise p.21

Période de formation en milieu professionnel N°6 p.22

Tableaux d’activités p.23

Attestation de formation en entreprise p.24

1. **IDENTIFICATION DE L’ÉLĒVE ET DE L’ÉTABLISSEMENT DE FORMATION**

|  |
| --- |
| **PHOTO** |

**ÉLÈVE :**

Nom : …………………………………. Prénom : …………………………….

Né(e) le : ……………………………………………………………

**COORDONNÉES PERSONNELLES :**

Responsable légal *(pour les élèves de moins de 18 ans)* :

Mme, M..…………………………………………………...

Adresse : …………………………………………………………………………..

Code Postal : ……………… Ville : ……………………………………………....

Téléphone : ………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ÉTABLISSEMENT DE FORMATION**  **NOM DU CHEF D’ÉTABLISSEMENT**    **Nom du directeur délégué aux formations professionnelles et technologiques :** |  | **professeurs en charge du suivi de l’ÉLÈVE**  **Professeur référent de seconde :**  Mme, M. ………………………………………...  Mail :…………………………………………….  **Professeur référent de première :**  Mme, M. ………………………………………...  Mail :…………………………………………….  **Professeur référent de terminale :**  Mme, M. ………………………………………...  Mail : |

1. **PRÉSENTATION DU BACCALAURÉAT PROFESSIONNEL ACCOMPAGNEMENT, SOINS ET SERVICES À LA PERSONNE**

Le titulaire du baccalauréat professionnel accompagnement, soins et services à la personne exerce ses fonctions auprès d’enfants, d’adolescents, de personnes adultes ou âgées, de personnes en situation de handicap. Il intervient au sein d’établissements sanitaires et médicosociaux ou auprès de services de soins ou d’aide à domicile.

Il doit être capable :

* de réaliser des activités de soins d’hygiène, de confort, de sécurité et d’aide aux  
  actes de la vie quotidienne, de maintien de la vie sociale,
* d’exercer, au sein de l’établissement employeur, des activités d’éducation à la santé en lien avec le projet de l’établissement,
* de participer à des activités de gestion, en fonction du contexte de travail,
* d’intégrer dans ses activités, l’usage de la domotique et d’outils numériques, en prenant en compte leur évolution dans le contexte professionnel,
* de faire preuve de capacités rédactionnelles dans le cadre de ses activités.

Il doit exercer ses activités :

* dans le souci constant de la bientraitance des personnes,
* en prenant en compte le projet individualisé ou le projet de vie de la personne ou le projet de la famille pour leur enfant
* en respectant les règles déontologiques, en particulier le secret et la discrétion professionnels
* dans le cadre d’un travail en équipe pluri-professionnelle dans les limites de ses compétences
* en adoptant une attitude réflexive sur leurs pratiques professionnelles et leurs activités.

Le Baccalauréat professionnel accompagnement, soins et services à la personne donne accès à une diversité de métiers dénommés différemment selon les secteurs.

A titre d’exemples, ces emplois sont actuellement identifiés sous les terminologies suivantes :

* assistant-(e )de soins;
* coordinateur-(trice) d’une équipe de bionettoyage en milieu sanitaire ou médicosocial
* maître-(esse) de maison, gouvernant-(e)
* responsable d’hébergement ;
* responsable de petites unités en domicile collectif ;
* intervenant-(e) en structures d’accueil de la petite enfance ;
* accompagnant-(e) de personnes en situation de handicap, de dépendance ;
* assistant-(e ) de responsable de secteur ;
* accueillant-(e) familial
* assistant-(e ) en soins et en santé communautaire ;
* ...

1. **OBJECTIFS ET ORGANISATION DES PÉRIODES DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL**

**Objectifs des périodes de formation en milieu professionnel :**

Les périodes de formation en milieu professionnel doivent permettre à l’élève d’acquérir des compétences liées aux emplois qui caractérisent le diplôme.

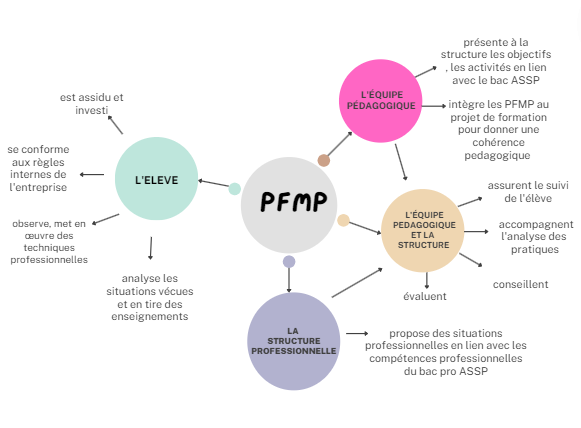
Elles doivent être l’occasion, pour le stagiaire :

* de mettre en œuvre des compétences et de mobiliser les savoirs étudiés en formation et d’acquérir des compétences en situation professionnelle et en présence d’usagers ;
* de développer des compétences de communication ;
* de s’insérer dans des équipes de travail pluriprofessionnelles ;
* de découvrir différents milieux de travail du secteur de la santé et du médicosocial et d’en appréhender l’organisation et les contraintes.
* de développer des capacités d’autonomie et de responsabilité du futur professionnel.

**Réglementation et contraintes organisationnelles liées aux PFMP :**

* Les documents :
  + l’organisation de la formation en milieu professionnel fait obligatoirement l’objet d’une **convention** entre l’établissement de formation et l’établissement d’accueil (circulaire n° 2016-053 du 29 mars 2016 -*BOEN* du 31 mars 2016) ;
  + une **attestation de PFMP** (voir pages 9,12,15,18,21,25) est délivrée par chaque organisme d’accueil à tout élève. Cette attestation mentionne la durée effective de la période.
* Conformément à la législation en vigueur, les candidats doivent satisfaire aux conditions de **vaccination** et aux autres exigences relatives à la **prévention des risques professionnels** du secteur.
* La répartition des PFMP au cours de la formation :
  + les PFMP représentent une **durée** de 22 semaines réparties sur les trois années de formation.
  + Cette durée est fractionnée en six périodes maximum, la durée de chacune ne pouvant être inférieure à trois semaines ;
  + 6 semaines sont réalisées en classe de seconde, 8 en classe de première, 8 en classe de terminale ;
  + sur les seize dernières semaines, **dix semaines au moins** doivent se dérouler **auprès d’adultes non autonomes** ;
  + la planification annuelle des PFMP relève de l’autonomie de chaque établissement de formation.
* Le suivi des élèves :
  + pour chaque période de formation en milieu professionnel, les activités sont organisées et suivies au sein de la structure par un **tuteur ;**
  + **un suivi** de l’élève en milieu professionnel est en outres mis en œuvre par **l’équipe pédagogique**. Les modalités de ce suivi relèvent de l’autonomie des établissements (nombre et modalités de contacts, des visites). Les visites sont organisées en accord avec le tuteur et le responsable de la structure d’accueil.
* **Les évaluations certificatives :** 
  + **les douze dernières semaines servent de support aux évaluations des épreuves E31, E32 et E33 du baccalauréat professionnel ;**
  + **les propositions de notes d’évaluations certificatives en milieu professionnel sont établies conjointement par le tuteur et un professeur de la spécialité** ;
  + les propositions de notes doivent rester confidentielles et ne pas être communiquées à l’élève
  + les évaluations s’appuient sur des critères mentionnés sur des documents élaborés à partir du référentiel et validé par l’Inspecteur de l’Education Nationale de Sciences biologiques, sciences sociales appliquées.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dénomination de l’épreuve** | **Coefficient** | **Modalités d’organisation** | |
| Sous-épreuve E31  **Accompagnement de la personne dans une approche globale et individualisée** | 4 | En terminale | En PFMP :   * élaboration d’un dossier de 10 à 15 pages par le candidat (/20points)   En centre de formation :   * présentation orale du dossier à l’aide d’un support numérique (15min) (/20 points) * + entretien avec un jury (30min) (/40points) |
| Sous-épreuve E32    **Soins d’hygiène, de confort et de sécurité** | 4 | En terminale | En PFMP :   * un bilan en fin de PFMP portant sur l’ensemble des activités réalisées * présentation d’un raisonnement clinique (10 minutes)   En centre de formation :   * une interrogation des savoirs associés mobilisés dans la prise en soins de la personne (10 minutes). |
| Sous-épreuve E33  **Travail et communication en équipe pluriprofessionnelle** | 4 | En fin de première ou en terminale | En PFMP : évaluation réalisée conjointement par le tuteur et le professeur spécialité, (/40points)   * un bilan en fin de PFMP portant sur l’ensemble des activités réalisées * un entretien permettant de vérifier les savoirs associés du bloc 3   En centre de formation   * évaluation par le jury d’un dossier de 6/8 pages élaboré par le candidat à l’occasion de la PFMP (/25 points) * évaluation écrite sur 3 questions relatives au contenu du dossier (30 minutes maximum) (/15points) |



***Les attributions respectives des différents acteurs des PFMP***

1. **DOCUMENTS DE SUIVI DE L’ÉLÈVE**

Voir pages 7 à 24

**PÉRIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL n°1**

**CLASSE DE SECONDE**

|  |
| --- |
| **Structure d’accueil :** .................................................................................................................................  Adresse : ………………………………………………………………………………………………..  Tél : …………………..……………………………. Mail : ……………………...….……………  Nom du Responsable : Mme, M.…………………………………………………………………………  Nom du tuteur du stagiaire : Mme, M.…………………………………………………………………  Fonction : ……………………………………………………………………………………………….  Activité(s) ou missions du service : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ABSENCES ET RETARDS EVENTUELS[[1]](#footnote-1)** | | |
| **DATES** | **MOTIFS** | **SIGNATURE DU TUTEUR** |
|  |  |  |

**Appréciations du tuteur de stage[[2]](#footnote-2)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Très insuffisant** | **Insuffisant** | **Satisfaisant** | **Très satisfaisant** |
| Ponctualité, assiduité |  |  |  |  |
| Respect, politesse, langage adapté |  |  |  |  |
| Discrétion professionnelle |  |  |  |  |
| Respect des consignes, qualité d’écoute |  |  |  |  |
| Aptitude relationnelle avec l’usager |  |  |  |  |
| Intégration dans l’équipe |  |  |  |  |
| Motivation, disponibilité |  |  |  |  |
| Bilan : points positifs et axes de formation |  | | | |

**LISTE DES ACTIVITÉS RÉALISÉES LORS DE LA PFMP n°1**

**Cette liste est non obligatoire et non exhaustive**.

Selon les contextes professionnels, certaines activités peuvent ne pas être réalisables dans la structure. Dans ce cas, indiquer NR « non réalisable » sur la (es) ligne(s) concernée(s).

Pour les activités qui auront pu être effectivement réalisées, cocher les lignes correspondantes et ajouter potentiellement un commentaire (ex : tache réalisée en autonomie à la fin de la PFMP, tache fréquemment réalisée…).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités** | **Cocher ou noter NR** | **Remarques éventuelles** |
| Accueil, communication avec la personne, sa famille, son entourage |  |  |
| Participation à la conception, au suivi, à la mise en œuvre et à l’évaluation du projet individualisé, du projet de vie, en lien avec l’équipe pluriprofessionnelle |  |  |
| Conception et mise en œuvre d’activités d’acquisition ou de maintien de l’autonomie et de la vie sociale, pour une personne ou un groupe |  |  |
| Réalisation d’activités liées à l’hygiène, au confort de la personne et à sa sécurisation |  |  |
| Surveillance de l’état de santé de la personne et intervention en conséquence |  |  |
| Maintien de l’hygiène de l’environnement proche de la personne |  |  |
| Surveillance du bon état de fonctionnement du lit, des aides techniques, des dispositifs médicaux dans l’environnement de la personne |  |  |
| Distribution de repas équilibrés conformes aux besoins de la personne, |  |  |
| Installation de la personne et accompagnement lors de la prise des repas |  |  |
| Traitement et transmission des informations en intégrant les différents outils numériques |  |  |
| Participation à la démarche qualité et à la prévention des risques professionnels |  |  |
| Coordination et conduite une équipe de bionettoyage |  |  |
| Participation à l’accueil, à l’encadrement et à la formation de stagiaires, à l’accueil des nouveaux agents, de bénévoles |  |  |
| Analyse des besoins du public |  |  |
| Conception d’une ou plusieurs actions d’éducation à la santé |  |  |
| Mise en œuvre et évaluation d’action d’éducation à la santé |  |  |

**ATTESTATION de PÉRIODE de FORMATION en ENTREPRISE n°1**

Je soussigné(e) ……………………………………………………………………………….

Qualité ou fonction …………………………………………………………………………...

|  |
| --- |
| Cachet de l’entreprise |

Certifie que ..………………………………………………………………………………….

Elève au

a effectué une période de formation en milieu professionnel dans le cadre de sa préparation au diplôme de :

**BACCALAURÉAT PROFESSIONNEL**

**ACCOMPAGNEMENT, SOINS ET SERVICES À LA PERSONNE**

De …………………. semaines : du ………………...………. au …………..….………….

Fait le : ……………………………. à ………………………………………….

Signature :

**PÉRIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL n°2**

**CLASSE DE SECONDE**

|  |
| --- |
| **Structure d’accueil :** .................................................................................................................................  Adresse : ………………………………………………………………………………………………..  Tél : …………………..……………………………. Mail : ……………………...….……………  Nom du Responsable : Mme, M.…………………………………………………………………………  Nom du tuteur du stagiaire : Mme, M.…………………………………………………………………  Fonction : ……………………………………………………………………………………………….  Activité(s) ou missions du service : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ABSENCES ET RETARDS EVENTUELS[[3]](#footnote-3)** | | |
| **DATES** | **MOTIFS** | **SIGNATURE DU TUTEUR** |
|  |  |  |

**Appréciations du tuteur de stage[[4]](#footnote-4)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Très insuffisant** | **Insuffisant** | **Satisfaisant** | **Très satisfaisant** |
| Ponctualité, assiduité |  |  |  |  |
| Respect, politesse, langage adapté |  |  |  |  |
| Discrétion professionnelle |  |  |  |  |
| Respect des consignes, qualité d’écoute |  |  |  |  |
| Aptitude relationnelle avec l’usager |  |  |  |  |
| Intégration dans l’équipe |  |  |  |  |
| Motivation, disponibilité |  |  |  |  |
| Bilan : points positifs et axes de formation |  | | | |

**LISTE DES ACTIVITÉS RÉALISÉES LORS DE LA PFMP n°2**

**Cette liste est non obligatoire et non exhaustive**.

Selon les contextes professionnels, certaines activités peuvent ne pas être réalisables dans la structure. Dans ce cas, indiquer NR « non réalisable » sur la (es) ligne(s) concernée(s).

Pour les activités qui auront pu être effectivement réalisées, cocher les lignes correspondantes et ajouter potentiellement un commentaire (ex : tache réalisée en autonomie à la fin de la PFMP, tache fréquemment réalisée…).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités** | **Cocher ou noter NR** | **Remarques éventuelles** |
| Accueil, communication avec la personne, sa famille, son entourage |  |  |
| Participation à la conception, au suivi, à la mise en œuvre et à l’évaluation du projet individualisé, du projet de vie, en lien avec l’équipe pluriprofessionnelle |  |  |
| Conception et mise en œuvre d’activités d’acquisition ou de maintien de l’autonomie et de la vie sociale, pour une personne ou un groupe |  |  |
| Réalisation d’activités liées à l’hygiène, au confort de la personne et à sa sécurisation |  |  |
| Surveillance de l’état de santé de la personne et intervention en conséquence |  |  |
| Maintien de l’hygiène de l’environnement proche de la personne |  |  |
| Surveillance du bon état de fonctionnement du lit, des aides techniques, des dispositifs médicaux dans l’environnement de la personne |  |  |
| Distribution de repas équilibrés conformes aux besoins de la personne, |  |  |
| Installation de la personne et accompagnement lors de la prise des repas |  |  |
| Traitement et transmission des informations en intégrant les différents outils numériques |  |  |
| Participation à la démarche qualité et à la prévention des risques professionnels |  |  |
| Coordination et conduite une équipe de bionettoyage |  |  |
| Participation à l’accueil, à l’encadrement et à la formation de stagiaires, à l’accueil des nouveaux agents, de bénévoles |  |  |
| Analyse des besoins du public |  |  |
| Conception d’une ou plusieurs actions d’éducation à la santé |  |  |
| Mise en œuvre et évaluation d’action d’éducation à la santé |  |  |

**ATTESTATION de PÉRIODE de FORMATION en ENTREPRISE n°2**

Je soussigné(e) ……………………………………………………………………………….

Qualité ou fonction …………………………………………………………………………...

|  |
| --- |
| Cachet de l’entreprise |

Certifie que ..………………………………………………………………………………….

Elève au

a effectué une période de formation en milieu professionnel dans le cadre de sa préparation au diplôme de :

**BACCALAURÉAT PROFESSIONNEL**

**ACCOMPAGNEMENT, SOINS ET SERVICES À LA PERSONNE**

De …………………. semaines : du ………………...………. au …………..….………….

Fait le : ……………………………. à ………………………………………….

Signature :

**PÉRIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL n°3**

**CLASSE DE PREMIÈRE**

|  |
| --- |
| **Structure d’accueil :** .................................................................................................................................  Adresse : ………………………………………………………………………………………………..  Tél : …………………..……………………………. Mail : ……………………...….……………  Nom du Responsable : Mme, M.…………………………………………………………………………  Nom du tuteur du stagiaire : Mme, M.…………………………………………………………………  Fonction : ……………………………………………………………………………………………….  Activité(s) ou missions du service : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ABSENCES ET RETARDS EVENTUELS[[5]](#footnote-5)** | | |
| **DATES** | **MOTIFS** | **SIGNATURE DU TUTEUR** |
|  |  |  |

**Appréciations du tuteur de stage[[6]](#footnote-6)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Très insuffisant** | **Insuffisant** | **Satisfaisant** | **Très satisfaisant** |
| Ponctualité, assiduité |  |  |  |  |
| Respect, politesse, langage adapté |  |  |  |  |
| Discrétion professionnelle |  |  |  |  |
| Respect des consignes, qualité d’écoute |  |  |  |  |
| Aptitude relationnelle avec l’usager |  |  |  |  |
| Intégration dans l’équipe |  |  |  |  |
| Motivation, disponibilité |  |  |  |  |
| Bilan : points positifs et axes de formation |  | | | |

**LISTE DES ACTIVITÉS RÉALISÉES LORS DE LA PFMP n°3**

**Cette liste est non obligatoire et non exhaustive**.

Selon les contextes professionnels, certaines activités peuvent ne pas être réalisables dans la structure. Dans ce cas, indiquer NR « non réalisable » sur la (es) ligne(s) concernée(s).

Pour les activités qui auront pu être effectivement réalisées, cocher les lignes correspondantes et ajouter potentiellement un commentaire (ex : tache réalisée en autonomie à la fin de la PFMP, tache fréquemment réalisée…).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités** | **Cocher ou noter NR** | **Remarques éventuelles** |
| Accueil, communication avec la personne, sa famille, son entourage |  |  |
| Participation à la conception, au suivi, à la mise en œuvre et à l’évaluation du projet individualisé, du projet de vie, en lien avec l’équipe pluriprofessionnelle |  |  |
| Conception et mise en œuvre d’activités d’acquisition ou de maintien de l’autonomie et de la vie sociale, pour une personne ou un groupe |  |  |
| Réalisation d’activités liées à l’hygiène, au confort de la personne et à sa sécurisation |  |  |
| Surveillance de l’état de santé de la personne et intervention en conséquence |  |  |
| Maintien de l’hygiène de l’environnement proche de la personne |  |  |
| Surveillance du bon état de fonctionnement du lit, des aides techniques, des dispositifs médicaux dans l’environnement de la personne |  |  |
| Distribution de repas équilibrés conformes aux besoins de la personne, |  |  |
| Installation de la personne et accompagnement lors de la prise des repas |  |  |
| Traitement et transmission des informations en intégrant les différents outils numériques |  |  |
| Participation à la démarche qualité et à la prévention des risques professionnels |  |  |
| Coordination et conduite une équipe de bionettoyage |  |  |
| Participation à l’accueil, à l’encadrement et à la formation de stagiaires, à l’accueil des nouveaux agents, de bénévoles |  |  |
| Analyse des besoins du public |  |  |
| Conception d’une ou plusieurs actions d’éducation à la santé |  |  |
| Mise en œuvre et évaluation d’action d’éducation à la santé |  |  |

**ATTESTATION de PÉRIODE de FORMATION en ENTREPRISE n°3**

Je soussigné(e) ……………………………………………………………………………….

Qualité ou fonction …………………………………………………………………………...

|  |
| --- |
| Cachet de l’entreprise |

Certifie que ..………………………………………………………………………………….

Elève au

a effectué une période de formation en milieu professionnel dans le cadre de sa préparation au diplôme de :

**BACCALAURÉAT PROFESSIONNEL**

**ACCOMPAGNEMENT, SOINS ET SERVICES À LA PERSONNE**

De …………………. semaines : du ………………...………. au …………..….………….

Fait le : ……………………………. à ………………………………………….

Signature :

**PÉRIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL n°4**

**CLASSE DE PREMIÈRE**

|  |
| --- |
| **Structure d’accueil :** .................................................................................................................................  Adresse : ………………………………………………………………………………………………..  Tél : …………………..……………………………. Mail : ……………………...….……………  Nom du Responsable : Mme, M.…………………………………………………………………………  Nom du tuteur du stagiaire : Mme, M.…………………………………………………………………  Fonction : ……………………………………………………………………………………………….  Activité(s) ou missions du service : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ABSENCES ET RETARDS EVENTUELS[[7]](#footnote-7)** | | |
| **DATES** | **MOTIFS** | **SIGNATURE DU TUTEUR** |
|  |  |  |

**Appréciations du tuteur de stage[[8]](#footnote-8)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Très insuffisant** | **Insuffisant** | **Satisfaisant** | **Très satisfaisant** |
| Ponctualité, assiduité |  |  |  |  |
| Respect, politesse, langage adapté |  |  |  |  |
| Discrétion professionnelle |  |  |  |  |
| Respect des consignes, qualité d’écoute |  |  |  |  |
| Aptitude relationnelle avec l’usager |  |  |  |  |
| Intégration dans l’équipe |  |  |  |  |
| Motivation, disponibilité |  |  |  |  |
| Bilan : points positifs et axes de formation |  | | | |

**LISTE DES ACTIVITÉS RÉALISÉES LORS DE LA PFMP n°4**

**Cette liste est non obligatoire et non exhaustive**.

Selon les contextes professionnels, certaines activités peuvent ne pas être réalisables dans la structure. Dans ce cas, indiquer NR « non réalisable » sur la (es) ligne(s) concernée(s).

Pour les activités qui auront pu être effectivement réalisées, cocher les lignes correspondantes et ajouter potentiellement un commentaire (ex : tache réalisée en autonomie à la fin de la PFMP, tache fréquemment réalisée…).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités** | **Cocher ou noter NR** | **Remarques éventuelles** |
| Accueil, communication avec la personne, sa famille, son entourage |  |  |
| Participation à la conception, au suivi, à la mise en œuvre et à l’évaluation du projet individualisé, du projet de vie, en lien avec l’équipe pluriprofessionnelle |  |  |
| Conception et mise en œuvre d’activités d’acquisition ou de maintien de l’autonomie et de la vie sociale, pour une personne ou un groupe |  |  |
| Réalisation d’activités liées à l’hygiène, au confort de la personne et à sa sécurisation |  |  |
| Surveillance de l’état de santé de la personne et intervention en conséquence |  |  |
| Maintien de l’hygiène de l’environnement proche de la personne |  |  |
| Surveillance du bon état de fonctionnement du lit, des aides techniques, des dispositifs médicaux dans l’environnement de la personne |  |  |
| Distribution de repas équilibrés conformes aux besoins de la personne, |  |  |
| Installation de la personne et accompagnement lors de la prise des repas |  |  |
| Traitement et transmission des informations en intégrant les différents outils numériques |  |  |
| Participation à la démarche qualité et à la prévention des risques professionnels |  |  |
| Coordination et conduite une équipe de bionettoyage |  |  |
| Participation à l’accueil, à l’encadrement et à la formation de stagiaires, à l’accueil des nouveaux agents, de bénévoles |  |  |
| Analyse des besoins du public |  |  |
| Conception d’une ou plusieurs actions d’éducation à la santé |  |  |
| Mise en œuvre et évaluation d’action d’éducation à la santé |  |  |

**ATTESTATION de PÉRIODE de FORMATION en ENTREPRISE n°4**

Je soussigné(e) ……………………………………………………………………………….

Qualité ou fonction …………………………………………………………………………...

|  |
| --- |
| Cachet de l’entreprise |

Certifie que ..………………………………………………………………………………….

Elève au

a effectué une période de formation en milieu professionnel dans le cadre de sa préparation au diplôme de :

**BACCALAURÉAT PROFESSIONNEL**

**ACCOMPAGNEMENT, SOINS ET SERVICES À LA PERSONNE**

De …………………. semaines : du ………………...………. au …………..….………….

Fait le : ……………………………. à ………………………………………….

Signature :

**PÉRIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL n°5**

**CLASSE DE TERMINALE**

|  |
| --- |
| **Structure d’accueil :** .................................................................................................................................  Adresse : ………………………………………………………………………………………………..  Tél : …………………..……………………………. Mail : ……………………...….……………  Nom du Responsable : Mme, M.…………………………………………………………………………  Nom du tuteur du stagiaire : Mme, M.…………………………………………………………………  Fonction : ……………………………………………………………………………………………….  Activité(s) ou missions du service : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ABSENCES ET RETARDS EVENTUELS[[9]](#footnote-9)** | | |
| **DATES** | **MOTIFS** | **SIGNATURE DU TUTEUR** |
|  |  |  |

**Appréciations du tuteur de stage[[10]](#footnote-10)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Très insuffisant** | **Insuffisant** | **Satisfaisant** | **Très satisfaisant** |
| Ponctualité, assiduité |  |  |  |  |
| Respect, politesse, langage adapté |  |  |  |  |
| Discrétion professionnelle |  |  |  |  |
| Respect des consignes, qualité d’écoute |  |  |  |  |
| Aptitude relationnelle avec l’usager |  |  |  |  |
| Intégration dans l’équipe |  |  |  |  |
| Motivation, disponibilité |  |  |  |  |
| Bilan : points positifs et axes de formation |  | | | |

**LISTE DES ACTIVITÉS RÉALISÉES LORS DE LA PFMP n°5**

**Cette liste est non obligatoire et non exhaustive**.

Selon les contextes professionnels, certaines activités peuvent ne pas être réalisables dans la structure. Dans ce cas, indiquer NR « non réalisable » sur la (es) ligne(s) concernée(s).

Pour les activités qui auront pu être effectivement réalisées, cocher les lignes correspondantes et ajouter potentiellement un commentaire (ex : tache réalisée en autonomie à la fin de la PFMP, tache fréquemment réalisée…).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités** | **Cocher ou noter NR** | **Remarques éventuelles** |
| Accueil, communication avec la personne, sa famille, son entourage |  |  |
| Participation à la conception, au suivi, à la mise en œuvre et à l’évaluation du projet individualisé, du projet de vie, en lien avec l’équipe pluriprofessionnelle |  |  |
| Conception et mise en œuvre d’activités d’acquisition ou de maintien de l’autonomie et de la vie sociale, pour une personne ou un groupe |  |  |
| Réalisation d’activités liées à l’hygiène, au confort de la personne et à sa sécurisation |  |  |
| Surveillance de l’état de santé de la personne et intervention en conséquence |  |  |
| Maintien de l’hygiène de l’environnement proche de la personne |  |  |
| Surveillance du bon état de fonctionnement du lit, des aides techniques, des dispositifs médicaux dans l’environnement de la personne |  |  |
| Distribution de repas équilibrés conformes aux besoins de la personne, |  |  |
| Installation de la personne et accompagnement lors de la prise des repas |  |  |
| Traitement et transmission des informations en intégrant les différents outils numériques |  |  |
| Participation à la démarche qualité et à la prévention des risques professionnels |  |  |
| Coordination et conduite une équipe de bionettoyage |  |  |
| Participation à l’accueil, à l’encadrement et à la formation de stagiaires, à l’accueil des nouveaux agents, de bénévoles |  |  |
| Analyse des besoins du public |  |  |
| Conception d’une ou plusieurs actions d’éducation à la santé |  |  |
| Mise en œuvre et évaluation d’action d’éducation à la santé |  |  |

**ATTESTATION de PÉRIODE de FORMATION en ENTREPRISE n°5**

Je soussigné(e) ……………………………………………………………………………….

Qualité ou fonction …………………………………………………………………………...

|  |
| --- |
| Cachet de l’entreprise |

Certifie que ..………………………………………………………………………………….

Elève au

a effectué une période de formation en milieu professionnel dans le cadre de sa préparation au diplôme de :

**BACCALAURÉAT PROFESSIONNEL**

**ACCOMPAGNEMENT, SOINS ET SERVICES À LA PERSONNE**

De …………………. semaines : du ………………...………. au …………..….………….

Fait le : ……………………………. à ………………………………………….

Signature :

**PÉRIODE DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL n°6**

**CLASSE DE TERMINALE**

|  |
| --- |
| **Structure d’accueil :** .................................................................................................................................  Adresse : ………………………………………………………………………………………………..  Tél : …………………..……………………………. Mail : ……………………...….……………  Nom du Responsable : Mme, M.…………………………………………………………………………  Nom du tuteur du stagiaire : Mme, M.…………………………………………………………………  Fonction : ……………………………………………………………………………………………….  Activité(s) ou missions du service : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ABSENCES ET RETARDS EVENTUELS[[11]](#footnote-11)** | | |
| **DATES** | **MOTIFS** | **SIGNATURE DU TUTEUR** |
|  |  |  |

**Appréciations du tuteur de stage[[12]](#footnote-12)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Très insuffisant** | **Insuffisant** | **Satisfaisant** | **Très satisfaisant** |
| Ponctualité, assiduité |  |  |  |  |
| Respect, politesse, langage adapté |  |  |  |  |
| Discrétion professionnelle |  |  |  |  |
| Respect des consignes, qualité d’écoute |  |  |  |  |
| Aptitude relationnelle avec l’usager |  |  |  |  |
| Intégration dans l’équipe |  |  |  |  |
| Motivation, disponibilité |  |  |  |  |
| Bilan : points positifs et axes de formation |  | | | |

**LISTE DES ACTIVITÉS RÉALISÉES LORS DE LA PFMP n°6**

**Cette liste est non obligatoire et non exhaustive**.

Selon les contextes professionnels, certaines activités peuvent ne pas être réalisables dans la structure. Dans ce cas, indiquer NR « non réalisable » sur la (es) ligne(s) concernée(s).

Pour les activités qui auront pu être effectivement réalisées, cocher les lignes correspondantes et ajouter potentiellement un commentaire (ex : tache réalisée en autonomie à la fin de la PFMP, tache fréquemment réalisée…).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités** | **Cocher ou noter NR** | **Remarques éventuelles** |
| Accueil, communication avec la personne, sa famille, son entourage |  |  |
| Participation à la conception, au suivi, à la mise en œuvre et à l’évaluation du projet individualisé, du projet de vie, en lien avec l’équipe pluriprofessionnelle |  |  |
| Conception et mise en œuvre d’activités d’acquisition ou de maintien de l’autonomie et de la vie sociale, pour une personne ou un groupe |  |  |
| Réalisation d’activités liées à l’hygiène, au confort de la personne et à sa sécurisation |  |  |
| Surveillance de l’état de santé de la personne et intervention en conséquence |  |  |
| Maintien de l’hygiène de l’environnement proche de la personne |  |  |
| Surveillance du bon état de fonctionnement du lit, des aides techniques, des dispositifs médicaux dans l’environnement de la personne |  |  |
| Distribution de repas équilibrés conformes aux besoins de la personne, |  |  |
| Installation de la personne et accompagnement lors de la prise des repas |  |  |
| Traitement et transmission des informations en intégrant les différents outils numériques |  |  |
| Participation à la démarche qualité et à la prévention des risques professionnels |  |  |
| Coordination et conduite une équipe de bionettoyage |  |  |
| Participation à l’accueil, à l’encadrement et à la formation de stagiaires, à l’accueil des nouveaux agents, de bénévoles |  |  |
| Analyse des besoins du public |  |  |
| Conception d’une ou plusieurs actions d’éducation à la santé |  |  |
| Mise en œuvre et évaluation d’action d’éducation à la santé |  |  |

**ATTESTATION de PÉRIODE de FORMATION en ENTREPRISE n°6**

Je soussigné(e) ……………………………………………………………………………….

Qualité ou fonction …………………………………………………………………………...

|  |
| --- |
| Cachet de l’entreprise |

Certifie que ..………………………………………………………………………………….

Elève au

a effectué une période de formation en milieu professionnel dans le cadre de sa préparation au diplôme de :

**BACCALAURÉAT PROFESSIONNEL**

**ACCOMPAGNEMENT, SOINS ET SERVICES À LA PERSONNE**

De …………………. semaines : du ………………...………. au …………..….………….

Fait le : ……………………………. à ………………………………………….

Signature :

1. Les absences doivent être signalées au plus tôt à l’établissement scolaires [↑](#footnote-ref-1)
2. Compléter à l’aide d’une croix [↑](#footnote-ref-2)
3. Les absences doivent être signalées au plus tôt à l’établissement scolaires [↑](#footnote-ref-3)
4. Compléter à l’aide d’une croix [↑](#footnote-ref-4)
5. Les absences doivent être signalées au plus tôt à l’établissement scolaires [↑](#footnote-ref-5)
6. Compléter à l’aide d’une croix [↑](#footnote-ref-6)
7. Les absences doivent être signalées au plus tôt à l’établissement scolaires [↑](#footnote-ref-7)
8. Compléter à l’aide d’une croix [↑](#footnote-ref-8)
9. Les absences doivent être signalées au plus tôt à l’établissement scolaires [↑](#footnote-ref-9)
10. Compléter à l’aide d’une croix [↑](#footnote-ref-10)
11. Les absences doivent être signalées au plus tôt à l’établissement scolaires [↑](#footnote-ref-11)
12. Compléter à l’aide d’une croix [↑](#footnote-ref-12)