

ATTESTATION D'ACTIVITES PROFESSIONNELLES

BEP ACCOMPAGNEMENT SOINS ET SERVICES A LA PERSONNE

Je soussigné(e).....
(nom-prénom)

Directeur de l'établissement ci-dessus indiqué:

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE
Raison sociale (ou nom) :
Adresse :

certifie que Mme/M
(nom- prénom)

Né(e) le à

Exerce son activité professionnelle à temps plein temps partiel (*)

depuis le

DESCRIPTIF DES ACTIVITES EFFECTUEES	

Fait à, le

Signature et cachet (obligatoire)

L'attestation originale est à déposer au Rectorat – Division des Examens et Concours – Bureau des examens Professionnels avant le 02 avril 2019, délai de rigueur.

Aucun retard ne sera toléré.