

ACCORD PREALABLE D'ACCUEIL EN PFMP

Ce document n'est pas une convention de stage (à ramener complété au Service DDFPT)

BACCALAUREAT PROFESSIONNEL

Terminale Accompagnement, Soins et Services à la Personne

T ASSP

A RENDRE AU PLUS TARD LE 16/11/26

PERIODES

Période 1 : **30/11/26 => 23/01/27** ☐ Oui ; ☐ Non
(Vacances du 21/12/26 au 02/01/27)

TRANSPORT ☐ Voiture ; ☐ Train ; ☐ Scooter ; ☐ Autres :

REPAS ☐ Lycée ; ☐ Domicile ; ☐ Resto Entreprise ; ☐ Panier

HORAIRES

2 jours de repos consécutifs dont le dimanche
- de 15 ans : dans la limite de 7 heures/jour et 30 heures/semaine
- de 18 ans : dans la limite de 8 heures/jour et 35 heures/semaine
- de 16 à 18 ans : entre 06h00 et 20h00
De 16 à 18 ans : entre 06h00 et 22h00

☐ : **Fixes** (à préciser ci-dessous)

JOUR	MATIN		APRES MIDI	
	DEBUT	FIN	DEBUT	FIN
LUNDI				
MARDI				
MERCREDI				
JEUDI				
VENDREDI				
SAMEDI				

Nombre d'heures totales par semaine : _____ hres/sem

☐ : **Fluctuants** (respect du maximum admissible)

Déplacements hors lieu d'accueil : ☐ : Autre _____

☐ : Chantiers ☐ : Achats ☐ : Interventions à domicile

LIEU D'ACCUEIL

NOM (si différent) : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____

VILLE : _____

SERVICE : _____

CIV : ☐ Melle ☐ Mme. ☐ M.

NOM (Tuteur) : _____

TEL (L.D.) : _____

ELEVE - STAGIAIRE

ELEVE

NOM : _____

PRENOM : _____

NE LE : ____ / ____ / ____ ☐ : MINEUR

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____

VILLE : _____

TEL : (Port) _____

Régime de Demi-Pension pendant le stage PFMP:

☐ Interne ☐ Demi-Pension. ☐ Externe

RESPONSABLE

SI MINEUR

CIV : ☐ Melle ☐ Mme. ☐ M.

NOM : _____

PRENOM : _____

TEL : (Port) _____

(Dom.) _____

Courriel : _____ @ _____ . _____

SIGNATURES

SI MINEUR

Elève :
Signature :

Responsable :
Signature :

Le : ____ / ____ / 20 ____

Le : ____ / ____ / 20 ____

ENTREPRISE D'ACCUEIL

COORDONNEES DU SIEGE SOCIAL

NOM (R.S.) : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____

VILLE : _____

TEL : (STD) _____

Courriel : _____ @ _____ . _____

RESPONSABLES DU SIEGE SOCIAL

CIV : ☐ Melle ☐ Mme. ☐ M.

NOM (Direction) : _____

TEL (L.D.) : _____

CIV : ☐ Melle ☐ Mme. ☐ M.

NOM (RRH) : _____

TEL (L.D.) : _____

Courriel : _____ @ _____ . _____

SIGNATURE

Fait à : _____ le : ____ / ____ / 20 ____

Cachet de l'Entreprise

Responsable :
M. _____
Signature :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

ENTREPRISE :

Secteur d'activités : _____
(Par exemple : Enedis => Gestionnaire du réseau de distribution d'électricité)

Nom de l'organisme d'assurance : _____

Numéro de police d'assurance : _____

☐ Autorisation dérogatoire, pour travaux interdits aux mineurs, prévu à l'article R.4153-40 du Code du Travail (*Utilisation de machines dangereuses*)

Date de délivrance par l'inspection du travail : ____ / ____ / 20 ____

☐ Participation financière aux frais occasionnés de l'élève par son stage

Catégories	Montants (en €)
Hébergement	€
Restauration	€
Transport	€

☐ Gratification éventuelle

Montant total : ____ , ____ €

N°	Description des activités professionnelles envisagées pendant le stage	Validation Ent.		
		OUI	NON	NE
Pôle d'activités 1 : Accompagnement de la personne dans une approche globale et individualisée				
1	Accueil, communication avec la personne, sa famille, son entourage			
2	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			
3	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			
Pôle d'activités 2 : Intervention auprès de la personne lors des soins d'hygiène, de confort et de sécurité, dans les activités de la vie quotidienne				
4	Réalisation d'activités liées à l'hygiène, au confort de la personne et à la sécurisation			
5	Surveillance de l'état de santé de la personne			
6	Entretien de l'environnement proche de la personne et vérification du bon fonctionnement du lit, des aides techniques, des dispositifs médicaux			
7	Distribution de repas équilibrés conformes aux besoins de la personne, installation de la personne et accompagnement à la prise des repas			
Pôle d'activités 3 : Travail et communication en équipe pluriprofessionnelle				
8	Gestion de ses activités en inter agissant avec l'équipe pluriprofessionnelle dans une posture professionnelle adaptée			
9	Traitement et transmission des informations en intégrant les différents outils numériques			
10	Participation à la démarche qualité et à la prévention des risques professionnels			
11	Coordination d'une équipe de bio nettoyage			
12	Participation à l'accueil, l'encadrement et à la formation de stagiaires. Participation à l'accueil des nouveaux agents, des bénévoles, dans la limite de ses compétences			
Pôle d'activités 4 : Réalisation d'actions d'éducation à la santé pour un public ciblé, dans un contexte donné				
13	Analyse des besoins d'un public			
14	Conception d'une action d'éducation à la santé			
15	Mise en œuvre et évaluation de l'action			

NE : Non Evaluée

ELEVE :

☐ Vaccins obligatoires à jour pour les activités de soins (ASSP)

Date : ____ / ____ / ____

Lien de parenté du responsable légal du mineur signataire de l'accord :

☐ Père ; ☐ Mère ; ☐ Tuteur

ETABLISSEMENT :

Signataire pour Validation du lieu d'accueil par l'équipe pédagogique :

Nom : _____

☐ Professeur Principal ☐ Professeur Référent

Chargé du suivi des PFMP (stages) : Mme CHARPENTIER C.

☎ 02.32.27.69.80

✉ adj-ddfpt.0270026g@ac-normandie.fr

Signature :

Le : ____ / ____ / 20 ____

DIRECTION DELEGUEE AUX FORMATIONS PROFESSIONNELLES ET TECHNOLOGIQUES

Tel (L.D.) : 02.32.27.69.80

Courriel : ddfpt.0270026g@ac-normandie.fr