**Préavis de validation de la pratique professionnelle**

Année de formation : ………

**L’INSTITUTION**

Nom de l’institution :

Nom du directeur ou de la directrice :

Adresse :

Téléphone :

Nom du /de la référent(e) employeur :

Nom du / de la FPP :

Age des enfants accueillis au sein de l’institution :

Groupe ou contexte de travail de l'étudiante :

Date de l’engagement : Taux d’emploi :

Nbre d’heures hebdomadaires de présence dans l’institution :

Nbre de jours d'absence :

**L’ETUDIANT-E**

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone : Portable :

Adresse e-mail :

Préavis de validation de la pratique professionnelle :

* **Validé**
* **Validé avec réserve** *(possibilité de remédiation d'ici la fin août)*
* **Non validé**

Pour lecture

Lieu date : Lieu date :

Signature : Signature :

…………………….. ………………………. …………………… …………………….

Le/la FPP Le/la mentor(e) L'étudiant(e) La direction

*En cas de contestation du présent préavis, l’étudiant(e) a 10 jours, à partir de la réception de la convention annuelle de formation complétée, pour transmettre à la FRESEdE et à l’institution, son propre rapport écrit explicitant en quoi et comment, de son point de vue, les compétences requises sont acquises. L’institution a également un délai de 10 jours pour réagir.*