 **Nom et Prénom du candidat : Session : Établissement :**

**Diplôme du :**

**RELEVÉ INDIVIDUEL DE SYNTHÈSE DES PÉRIODES DE FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL**

Si une décision de positionnement ou de dérogation a été prononcée, l’avis est joint au dossier pour justifier les durées de PFMP effectuées par le candidat.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Période N°** | **Période (Du .. Au……)** | **Nom de l’entreprise d’accueil** | **Adresse et / ou Ville** | **Durée réellement effectuée de PFMP** | **Appréciation de la période de PFMP** |
|  |  |  |  | semaine(s) et jour(s) |  |
|  |  |  |  | semaine(s) et jour(s) |  |
|  |  |  |  | semaine(s) et jour(s) |  |
|  |  |  |  | semaine(s) et jour(s) |  |
|  |  |  |  | semaine(s) et jour(s) |  |
|  |  |  |  | semaine(s) et jour(s) |  |

Nombre de jours ou de semaines manquants conformément aux textes du diplôme : semaine(s) et jour(s).

Demande de positionnement : OUI NON

Demande de dérogation : OUI NON

**La durée totale (suite aux demandes de dérogation et positionnement éventuellement acceptées) est :**

**Conforme Non conforme**

**aux exigences du diplôme**

Je soussigné, , Proviseur du certifie que le/la candidat(e) inscrit(e) dans l’établissement que je dirige a effectué les semaines de PFMP ci-dessus. À Le

4 mai 2018 Cachet et signature