



**Pré Convention PFMP**  
**(Période de Formation en Milieu Professionnel)**  
**A rendre au professeur principal**  
**Certification de Spécialisation de niveau 3 d'Aide à Domicile (CS3AD)**

**Les périodes de formation en milieu professionnel s'effectuent dans les services de soins ou d'aide à domicile.**

*Pour tous les lieux de PFMP hors département de l'Oise, une demande de dérogation devra être effectuée auprès de Mme DARTOIS, coordinatrice du secteur sanitaire.*

**Adresse de l'établissement scolaire**

8, boulevard du Général de Gaulle  
60000 Beauvais  
TEL : 03.44.11.16.00  
[bureaudesentreprises@st-vincentdepaul.fr](mailto:bureaudesentreprises@st-vincentdepaul.fr)  
<https://saintvincentdepaul-beauvais.fr>

**Période de formation**

Du : ..... Au : .....

Activités qui seront réalisées :

- Soins d'hygiène, de confort et sécurisation des personnes
- Activités d'acquisition, de maintien de l'autonomie et de la vie sociale
- Préparation, servir et réaliser des repas équilibrés ou conforme aux régimes prescrits
- Techniques d'entretien et d'hygiène du cadre de vie, des équipements, du linge
- Gestion familiale et démarches administratives courantes

*Horaires de travail : (minimum 32h)*

|            | Lundi | Mardi | Mercredi | Judi | Vendredi | Samedi |
|------------|-------|-------|----------|------|----------|--------|
| Matin      |       |       |          |      |          |        |
| Après-midi |       |       |          |      |          |        |

Date : ..... Signature et cachet de l'établissement d'accueil :

**Identification de l'élève**

Nom : .....

Prénom : .....

Classe : CS3 AD

**Identification de l'établissement d'accueil**

Raison sociale : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Domaine d'activité : .....

N° SIRET : .....

Nom du responsable de la structure : .....

Service d'affectation : .....

**Informations Tuteur/Responsable de secteur**

Nom : .....

Téléphone : .....

Mail : .....