

ANNEXE X : PRÉSENTATION AU JURY DE CERTIFICATION AP

I / FICHE RÉCAPITULATIVE (à compléter par l'IFAP)

Arrêté du 10 juin 2021 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture

Date du Jury de certification : _____

IFAP: _____

Date de rentrée de l'année scolaire (jj/mm/aa) _____

Nom de famille de l'apprenant : _____ Nom d'usage : _____

Prénoms : _____ Date de naissance : _____

Promotion initiale _____ Promotion de sortie _____

Cursus : Complet Avec dispenses et allègements → Diplômes ou titres : _____

• **Présentation au jury de certification :**

| | | | |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} inscription en IFAP | <input type="checkbox"/> Redoublement : <input type="checkbox"/> Bloc 1 <input type="checkbox"/> Bloc 2 <input type="checkbox"/> Bloc 3 <input type="checkbox"/> Bloc 4 <input type="checkbox"/> Bloc 5 | <input type="checkbox"/> Triplement (mesure exceptionnelle) : <input type="checkbox"/> Bloc 1 <input type="checkbox"/> Bloc 2 <input type="checkbox"/> Bloc 3 <input type="checkbox"/> Bloc 4 <input type="checkbox"/> Bloc 5 | <input type="checkbox"/> Stage de rattrapage : <input type="checkbox"/> Bloc 1 <input type="checkbox"/> Bloc 2 <input type="checkbox"/> Bloc 3 <input type="checkbox"/> Bloc 4 <input type="checkbox"/> Bloc 5 |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- **Absences :** % de la durée totale de la formation à réaliser par l'apprenant.

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A réalisé l'ensemble des périodes de stage requises pour sa formation | <input type="checkbox"/> A réalisé un stage accueillant des enfants en situation de handicap physique ou psychique, ou en cours de détection (ouvrant droit alloc. Cnaf) |
| <input type="checkbox"/> A réalisé une expérience de nuit | |
| <input type="checkbox"/> A réalisé une expérience de week-end | |

• **Enseignements à l'institut de formation* :**

| Notes | BLOC 1 | | | BLOC 2 | | | BLOC 3 | | BLOC 4 | | BLOC 5 | |
|---------------------------|----------|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|--|
| | C1 | C1bis | C2 | C3 | C4 | C5 | C6 | C7 | C8 - C9 | C10 | C11 | |
| | Module 1 | Module 1bis | Module 2 | Module 3 | Module 4 | Module 5 | Module 6 | Module 7 | Module 8 | Module 9 | Module 10 | |
| Session initiale | | | | | | | | | | | | |
| Session rattrapage | | | | | | | | | | | | |
| Note retenue | | | | | | | | | | | | |

• **Enseignement en milieu professionnel* :**

| C. validée Oui/non | BLOC 1 | | | BLOC 2 | | | BLOC 3 | | BLOC 4 | | BLOC 5 | |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | C1 | C1bis | C2 | C3 | C4 | C5 | C6 | C7 | C8 | C9 | C10 | C11 |
| A | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | |
| C | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | |
| Rattrapage** | Session n°_ | Session n°_ | Session n°_ | Session n°_ | Session n°_ | Session n°_ | Session n°_ | Session n°_ | Session n°_ | Session n°_ | Session n°_ | Session n°_ |

*d = dispense

** Préciser le numéro de session (rattrapage lors de la 1^{ère} année d'inscription= session n°2, lors du redoublement n° 3 ou 4, lors d'un triplement n° 5 ou 6)

II/ PROPOSITION DE VALIDATION DES BLOCS DE COMPETENCES

AU JURY DE CERTIFICATION

(À compléter par l'IFAP)

| Proposition de validation par commission d'acquisition des résultats | BLOC 1 Accompagnement et soins de l'enfant dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale | BLOC 2 Evaluation de l'état clinique et mise en œuvre de soins adaptés en collaboration | BLOC 3 Information et accompagnement des personnes et de leur entourage, des professionnels et des apprenants | BLOC 4 Entretien de l'environnement immédiat de la personne et des matériels liés aux activités en tenant compte du lieu et des situations d'intervention | BLOC 5 Travail en équipe pluri-professionnelle et traitement des informations liées aux activités de soins, à la qualité/gestion des risques |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| oui / non | | | | | |

Argumentation (si résultats tangents) et Appréciation générale :

Date :

Nom, prénom et signature du Directeur de l'IFAP + cachet :

III/ DÉCISION DU JURY DE CERTIFICATION

(À compléter par le jury de certification)

| Validation par le jury de certification | BLOC 1 Accompagnement et soins de l'enfant dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale | BLOC 2 Evaluation de l'état clinique et mise en œuvre de soins adaptés en collaboration | BLOC 3 Information et accompagnement des personnes et de leur entourage, des professionnels et des apprenants | BLOC 4 Entretien de l'environnement immédiat de la personne et des matériels liés aux activités en tenant compte du lieu et des situations d'intervention | BLOC 5 Travail en équipe pluri-professionnelle et traitement des informations liées aux activités de soins, à la qualité/gestion des risques |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| oui / non | | | | | |

Attribution du diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture

Admis

Ajourné

Date :

Nom, prénom et signature du président du jury de certification