|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\prof\Desktop\LOGO NB.jpg | **33, rue du Calvaire-BP71-76210 BOLBEC Cedex**  **Tél : 02.32.84.19.50 Fax : 02.35.38.39.83**  **ddfpt.0760013b@ac-normandie.fr**  **FICHE REPONSE**  **E31 et E32** |

**FORMATION EN MILIEU PROFESSIONNEL**

**TERMINALE BAC PRO « Accompagnement Soins et Services à la Personne » (A.S.S.P)**

L’enseignement dispensé en **Bac Pro « ASSP** » prévoit une formation en milieu professionnel de **20 semaines certificatives** dont **6 *semaines* en terminale** selon le calendrier ci-dessous :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **UNE période de 6 semaines** | | | | |
| **DU** | **AU** | **ET** | DU | AU |
| **25 novembre 2024** | **21 décembre 2024** | **6 janvier 2025** | **18 janvier 2025** |

C’est pour cette raison que nous sollicitons votre précieuse collaboration pour l’accueil d’un(e) de nos élèves. Si vous acceptez de recevoir cet(te) élève, nous vous remercions de bien vouloir compléter et lui remettre la présente fiche réponse.

**OBJECTIFS PEDAGOGIQUES**

Les périodes de formation en milieu professionnel doivent permettre au candidat :

🡺 De découvrir différents **milieux de travail du secteur de la santé, du social et du médico-social** et d’en appréhender l’organisation et les contraintes,

🡺 D’acquérir des **compétences en situation professionnelle et en présence d’usagers**,

🡺 Développer des **compétences de communication**,

🡺 S’insérer dans des **équipes de travail pluri professionnelles,**

🡺 **Valider une évaluation pour l’examen : E31 /Accompagnement de la personne dans une approche globale et individualisée.**

🡺 **Préparer une épreuve pour l’examen : E32 / Soins d’hygiène, de confort et de sécurité**

🡺 **Êtes-vous en mesure de faire effectuer ces activités afin de pouvoir évaluer les compétences suivantes** ?

|  |  |
| --- | --- |
| Désignation des compétences | Si oui, cocher |
| Communiquer avec l’équipe, les autres professionnels, les services, les partenaires |  |
| Respecter les démarches et les procédures de qualité |  |
| **Assurer l’hygiène de l’environnement de la personne et veiller au bon état de fonctionnement du lit, des aides techniques, des dispositifs.** |  |
| **Réaliser les activités liées à l’hygiène, au confort de la personne et à la sécurisation** |  |
| **Surveiller l’état de santé de la personne et intervenir en conséquence** |  |
| **Distribuer des repas équilibrés conformes à un régime et aider à la prise des repas** |  |
| **Participer 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 pluri-professionnelle** |  |
| **Concevoir et mettre en œuvre des activités d’acquisition ou de maintien de l’autonomie et de la vie sociale pour une personne ou un groupe** |  |

🡺 Au sein de la structure, **un tuteur responsable de cette formation** devra prendre en charge l’élève. Il veillera à l’application des objectifs pédagogiques. **Le professeur responsable du suivi** se tiendra à sa disposition. Ensemble, ils évalueront la PFMP et proposeront conjointement une note au jury de l’examen.

🡺 **Les activités confiées à l’élève doivent permettre l’évaluation de compétences professionnelles prévues au règlement d’examen**.

**IDENTIFICATION DU LIEU D’ACCUEIL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICATION DE L’ENTREPRISE ou DE LA STRUCTURE** | **Lieu de Période de Formation en Milieu Professionnel** | Nom  et  Adresse |  |
| Téléphone |  |
| Adresse mail |  |
| **Responsable de la structure** | Nom |  |
| Service/ Fonction |  |
| Téléphone |  |
| **Si Ecole** | merci de bien vouloir préciser la circonscription de rattachement | |  |
| Et, si nécessaire, merci de bien vouloir préciser l’entité responsable en dehors du temps scolaire et ses coordonnées | |  |

**L’établissement accepte de recevoir pour la période de formation en milieu professionnel mentionnée au recto,**

NOM ET FONCTION du TUTEUR EN PFMP :

Sur la base d’un HORAIRE JOURNALIER de : heures,

et d’un HORAIRE HEBDOMADAIRE de heures

Après émargement du professeur responsable de cet(te) élève, une **convention entre le lycée et votre structure vous sera adressée à nous retourner signée**.

Horaires planifiés :

**Stagiaire de - de 15 ans** : 30 h/semaine maximum et au plus tard 20h le soir (7h/ jour maximum)

**Stagiaire de - de 16 ans** : 35h/semaine maximum et au plus tard 20h le soir (8h/ jour maximum)

**Stagiaire de + de 16 ans** : 35h/semaine maximum et au plus tard 22h le soir (8h/ jour maximum)

**Pour tous les stagiaires** :

2 jours de repos consécutifs par semaine dont le dimanche.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MATIN** | **APRÈS-MIDI** |
| Lundi | De à | De à |
| Mardi | De à | De à |
| Mercredi | De à | De à |
| Jeudi | De à | De à |
| Vendredi | De à | De à |
| Samedi | De à | De à |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Fait à……………………..Le……………………..  **Signature du responsable de la structure** |

**En conclusion, l’élève devra surtout apprendre à s’adapter au monde du travail en participant pleinement à la vie de la structure et en respectant les horaires de travail du personnel.**

**AVIS DU PROFESSEUR RESPONSABLE DE L’ELEVE :**FAVORABLE ❒ DEFAVORABLE ❒

*Bolbec, le*

NOM DU PROFESSEUR Signature du professeur :