



**IFSI de l'Eure**  
 22, rue du Docteur Michel Baudoux  
 27015 Evreux Cedex  
 courriel : [ifsie@chi-eureseine.fr](mailto:ifsie@chi-eureseine.fr)  
 site : [www.chi-eureseine.fr](http://www.chi-eureseine.fr)  
 Tél : 02 32 33 81 41  
 Tél : 02 32 33 86 10  
 Fax : 02 32 33 81 75  
[www.chi-eureseine.fr](http://www.chi-eureseine.fr)

**ATTESTATION EMPLOYEUR**

Formation des infirmier(ère)s

- **NOM** DU **CANDIDAT**:.....  
**Prénom**:.....

- Date diplôme Aide-Soignant(e)  
 Auxiliaire de puériculture ou  
 Certificat d'Aide médico-psychologique: .....
- Date nomination dans le grade .....
- Nom du représentant ou directeur .....
- Etablissement: .....

 ...../...../...../...../...../

Date de prise de fonction en tant qu'Aide-Soignant(e) ou Auxiliaire de puériculture ou Aide Médico-psychologique diplômé	Date de fin de fonction en tant qu'Aide-Soignant(e) ou Auxiliaire de puériculture ou Aide Médico-psychologique	Pourcentage de temps travaillé en tant qu'Aide-Soignant(e) ou Auxiliaire de puériculture ou Aide Médico-psychologique

Total années d'exercice en tant qu'Aide-Soignant(e), Auxiliaire de puériculture ou Aide Médico-psychologique **en équivalent temps plein**: .....

Date  
 Cachet et signature

**Veillez utiliser une attestation par employeur.**  
**Si besoin, faire des photocopies de cet imprimé.**