

Attestation d'activités bénévoles : Diplôme professionnel d'aide-soignant

A remplir par **deux** personnes responsables de l'organisme gestionnaire ou de la structure d'accueil

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mle	<u>Nous soussigné(e)s :</u>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mle
.....			Nom		
.....			Prénom		
.....			Agissant en qualité de		
.....			(fonction)		

Identification de l'organisme gestionnaire	Cachet
Dénomination :	
Adresse :	
Code postal : Ville :	
Pour une association, date de création / / Lieu.....	

Identification de la structure d'accueil (si différent)	Cachet
Dénomination :	
Adresse :	
Code postal : Ville :	
Pour une association, date de création / / Lieu.....	

<u>Certifions que :</u> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mle
Nom :
Prénom :
Né(e) le : / / à (département de naissance)
Demeurant à :
a exercé une fonction bénévole de
depuis le / / jusqu'au / / A temps plein (1) A temps partiel (1): %
(1) Rayer la mention inutile et compléter le taux pour le temps partiel

Notice à l'attention des deux responsables de l'association ou de l'organisme d'accueil.

Merci de bien vouloir renseigner les deux pages de cette attestation, notamment sur la page 2 en reportant le nom et prénom du candidat. Penser aussi à signer et à appliquer votre cachet dans le cadre prévu à cet effet sur la page 2.

Attention, vous engagez votre responsabilité pour toutes les informations communiquées dans cette attestation. Le faux et usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000€ d'amende.

« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. » (code pénal, art.441-1)

Recommandation pour le candidat à la VAE : Faire des copies de ce document et toujours conserver un exemplaire vierge en cas de besoin.

Durant cette période,(nom) (prénom) a exercé les activités suivantes liées au diplôme professionnel **d'aide-soignant** :

Soins d'hygiène et de confort à la personne

- Installation et mobilisation d'une personne
- Aide à l'habillage et au déshabillage
- Réalisation de soins liés à l'hygiène corporelle et au confort d'une personne
- Réalisation de soins liés à l'alimentation

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mesure des paramètres liés à l'état de santé d'une personne

- Observation de l'état général et des réactions d'une personne
- Observation de l'état de la peau et des muqueuses
- Observation et mesure des paramètres vitaux
- Observation du bon fonctionnement des appareillages et dispositifs médicaux

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide à la réalisation de soins

- Préparation du patient pour des pansements, des examens invasifs ou une intervention
- Aide de l'infirmier en servant des compresses, des produits ou des matériels lors de soins
- Aide de l'infirmier ou du masseur-kinésithérapeute au premier lever d'un patient

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entretien de l'environnement immédiat de la personne et des matériels de soins

- Entretien de la chambre
- Réfection des lits
- Elimination des déchets
- Lavage, décontamination et désinfection de certains matériels de soins
- Contrôle et conditionnement du matériel à utiliser

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recueil et transmission des informations / Accueil et information des personnes et de leur entourage / Accueil et accompagnement des stagiaires en formation

- Recueil des informations concernant les soins et les patients
- Transmission des informations sur les soins et activités réalisées
- Accueil du patient et de sa famille
- Transmission d'informations adaptées au patient
- Démonstration et explication à des stagiaires ou des nouveaux personnels sur les modalités de réalisation des activités

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour chacun des deux responsables de l'organisme gestionnaire ou de la structure d'accueil :

A : Le : Signature :	Cachet	A : Le : Signature :
------------------------------------	--------	------------------------------------