

ATTESTATION  
DE FORMATION  
PRÉPARANT À L'OBTENTION DU  
**CERTIFICAT DE COMPÉTENCE**



Nom : .....

Prénom : .....

A suivi ..... heures sur 56 heures\* du certificat :

**ADAPTER  
L'ACCOMPAGNEMENT  
À DOMICILE D'UN ENFANT  
AVEC TROUBLES  
DU SPECTRE DE L'AUTISME**

**Référence :** RS5439

**Formations suivies :**

- Se repérer dans les troubles du spectre de l'autisme chez l'enfant
- Collaborer avec les familles et les professionnels pour mieux accompagner un enfant avec un trouble du spectre de l'autisme
- Communiquer avec un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme
- Favoriser l'autonomie et le bien-être d'un enfant avec un trouble du spectre de l'autisme

Lieu : .....

Du : ..... / ..... / .....

Au : ..... / ..... / .....





Organisme formateur :

N° déclaration existence : .....

Cachet et signature de l'organisme :



\* Temps de formation préconisé  
par l'Université Du Domicile