

Je, _____ (NOM DE LA PERSONNE EXPLOITANTE)

confirme que _____ (NOM DE LA PERSONNE ÉDUCATRICE) a satisfait aux exigences selon le manuel du programme PSS-PÉG, pour les éléments suivants (cochez la case appropriée) :

- Affectation à l'échelon : niveau 1 l'échelon _____
 niveau d'entrée l'échelon _____
 personnel de relève non formé

- La personne éducatrice a fourni des documents démontrant les années pertinentes d'expérience de travail direct avec des enfants de 0 à 12 ans, et la documentation est conservée dans le dossier du personnel de la personne éducatrice.
- L'attestation de la Grille salariale du PÉG sera téléchargée sur le Portail des exploitants dans le cadre de l'application PSS-PÉG.

Augmentation d'échelon à l'échelon _____

- La personne éducatrice a satisfait à l'exigence d'une année calendrier de 12 mois avec un minimum de 750 heures d'expérience professionnelle pertinente.
- Le cas échéant, la personne éducatrice a suivi 10 heures de formation en rapport avec le programme d'études utilisé dans les établissements désignés, conformément à l'article 11.1(3)(4) du règlement sur les autorisations d'exercer - loi ECS.

Congé de maternité et/ou de paternité

- La personne éducatrice est revenue d'un congé de maternité et/ou de paternité. Les personnes éducatrices peuvent être éligibles à une augmentation d'échelon si 12 mois ou plus se sont écoulés depuis la dernière augmentation d'échelon.

En signant ce formulaire, je confirme que les informations fournies ci-dessus sont exactes, et que la documentation démontrant l'expérience pertinente et l'achèvement des 10 heures de formation est conforme aux directives du programme.

En cas d'audit, les personnes exploitantes doivent fournir au MEDPE les dossiers financiers relatifs au financement du PSS-PÉG, conformément à la loi sur les SPE, section 40.021(2). Si une personne exploitante ne se conforme pas, le MEDPE peut retenir ou interrompre le financement du PSS-PÉG.

Nom de la personne exploitante (en caractères imprimés)	Signature de la personne exploitante	Date de signature (M/J/A)
Nom de la personne éducatrice (en caractères imprimés)	Signature de la personne éducatrice	Date de signature (M/J/A)

**L'éligibilité au financement du PSS-PÉG ne commencera qu'après l'approbation du MEDPE.
 Les ajustements rétroactifs ne seront pas accordés**