ATTESTATION D'EXPÉRIENCES EN ANIMATION

CERTIFICAT COMPLEMENTAIRE DIRECTION ACCUEIL D'UN COLLECTIF DE MINEURS

Je soussigné.e, Mme/M. _____

Agissant en qualité de _____

Pour le compte de la structure _____

Adresse de la structure : _____

Numéro de déclaration d'activité de la structure : _____

Atteste que Mme/M. _____

Intervient ou est intervenu.e en tant que : ☐ Bénévole ☐ Salarié.e

Du _____ au _____

A raison de _____ jours[i].

En qualité de _____

Il/elle a une expérience d'animation dans un accueil collectif de mineurs de _____ jours[ii].

Ses missions principales ont été les suivantes :

Fait à :

Le :

Signature :

[i] Une expérience de 28 jours minimum est requise.
[ii] Une expérience de 5 jours minimum sur les 28 jours est requise.