



ORGANISME  
DE FORMATION-CFA

ATTESTATION DE FONCTION DE DIRECTION

CERTIFICAT COMPLÉMENTAIRE

« DIRECTION D'UN ACCUEIL 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. \_\_\_\_\_

A réalisé les fonctions de direction d'un accueil collectif de mineurs déclaré,

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

A raison de \_\_\_\_\_ jours<sup>i</sup>.

Fait à :

Le :

Signature :

\_\_\_\_\_

<sup>i</sup> Une expérience de 18 jours minimum est requise.