



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 _____ joursⁱ.

Fait à :

Le :

Signature :

ⁱ Une expérience de 18 jours minimum est requise.