



ORGANISME
DE FORMATION-CFA

ATTESTATION D'EXPÉRIENCES EN ANIMATION

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. _____

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

Du _____ au _____

A raison de _____ joursⁱ.

En qualité de _____

Il/elle a une expérience d'animation dans un accueil collectif de mineurs de _____ joursⁱⁱ.

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.