



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 \_\_\_\_\_ jours<sup>i</sup>.

En qualité de \_\_\_\_\_

Il/elle a une expérience d'animation dans un accueil collectif de mineurs de \_\_\_\_\_ jours<sup>ii</sup>.

Ses missions principales ont été les suivantes :

Fait à :

Le :

Signature :

<sup>i</sup> Une expérience de 28 jours minimum est requise.

<sup>ii</sup> Une expérience de 5 jours minimum sur les 28 jours est requise.