



ATTESTATION DE VALIDATION DE LA SESSION DE PERFECTIONNEMENT

BREVET D'APTITUDE AUX FONCTIONS DE DIRECTEUR EN ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS

LE DIRECTEUR DE LA SESSION DE FORMATION DE PERFECTIONNEMENT

Nom :

Représentant l'organisme :

Thème de la session :

Dates :

Lieu :

ATTESTE QUE :

M

Né(e) le :

à :

Ayant obtenu le BAFD n° :

**A OBTENU LA VALIDATION DE LA SESSION DE
PERFECTIONNEMENT CI-DESSUS DÉSIGNÉE.**

Fait le à

Signature du directeur
de la session et cachet de l'organisme