



NOTICE

A REMPLIR PAR LES ANIMATEURS

ACTIVITE :

NOM et Prénom :

Date et lieu de naissance :

Profession : Employeur :

Adresse :

N° de sécurité sociale : _____

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Je m'engage à assurer l'encadrement du stage susvisé.

Je signalerai toutes modifications susceptibles de changer le programme établi.

Date

Signature