

FORMATION

Certificat de Qualification Professionnelle (CQP)

Option : Baseball Softball Baseball5

ATTESTATION D'ENCADREMENT

Datée de moins de trois mois à la date d'entrée en formation

Je soussigné.e (Prénom NOM)

Fonction :

Nom de la structure :

Commune de la structure :

atteste que M / Mme (Prénom NOM)

né.e le (JJ/MM/AAAA) :

a encadré le.s collectif.s suivant.s :

Préciser période.s, catégorie.s d'âge et type de championnat :

Période	du .../.../..... au .../.../.....	du .../.../..... au .../.../.....	du .../.../..... au .../.../.....	du .../.../..... au .../.../.....
Catégorie				
Championnat				

Soit une durée totale de heures.

Fait le (JJ/MM/AAAA) :/...../.....

À :

Signature et cachet de la structure (obligatoire) :