

CORSICA linea



ATTESTATION OFFRE PARTENAIRES

Je soussigné(e), J.P. VIAL _____, secrétaire du
Comité d'Entreprise de la Société ou Responsable de
l'organisme, APAS PROVENCE _____ certifie que les
personnes ci-dessous sont bénéficiaires de "l'Offre Partenaires"
Corsica Linea

INFORMATIONS

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

Fait pour valoir ce que de droit.

Date :

Tampon et signature :

APAS PROVENCE
Service Social
Les Baronnies B/B
15 Rue Mar. Paradille
13013 MANSILLE