

## ACTIVITE ACCESSOIRE

### ETAT POUR SERVIR AU PAIEMENT

NOM :

PRENOM :

NOM DU LYCEE :

VILLE :

<b>PERIODE D'INTERVENTION</b> (mois /année)	<b>NOMBRE D'HEURES</b> (maxi : 8 h /mois)

Fait à

le

**Signature de l'autorité certifiant le service fait :**

Nom/Prénom :

Qualité :

Signature :