

SOUTIEN SCOLAIRE 2017-2018

Matières et niveaux

Nom : _____ Age : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Commune : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

PSC1 : Oui Non BAFA : Oui Non

Permis B : Oui Non

Moyen de déplacement : _____

Niveau d'étude : _____



Expérience :

As-tu déjà donné des cours de soutien ? Oui Non

Tranche d'âge : de à ans

Expérience avec les enfants (ponctuel ou régulier)

Logiciels informatiques utilisés ? _____

Disponibilités :

Période Scolaire :

Lundi :	de	à
Mardi :	de	à
Mercredi :	de	à
Jeudi :	de	à
Vendredi :	de	à
Samedi :	de	à
Dimanche :	de	à

Vacances Scolaires :

Lundi :	de	à
Mardi :	de	à
Mercredi :	de	à
Jeudi :	de	à
Vendredi :	de	à
Samedi :	de	à
Dimanche :	de	à