

Heures de Service Communautaire

Nom de l'organisme: _____

Nom du superviseur: _____

Numéro de téléphone: _____

Date	Heure(s)	Activité	Signature du Superviseur	Evaluation		
				Excellent	Bien	Passable
				Excellent	Bien	Passable
				Excellent	Bien	Passable
				Excellent	Bien	Passable

Commentaires: