



Université
**BORDEAUX
MONTAIGNE**

Pôle Handicap

**Relevé d'heures
Auxiliaire de vie pour les activités de la vie professionnelle**

Mois de ...

Année universitaire :

Nom/Prénom du personnel en situation de handicap	Poste	Nom/Prénom de l'étudiant recruté	Nombre d'heures effectives
			:

Prénom + NOM (Auxiliaire de vie)
Date + Signature

Prénom + NOM (Personnel)
Date + Signature :

**Violaine Lafourcade
Responsable du Pôle Handicap**



Détails des heures (Date et durée) :

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-