

[INSÉRER LE LOGO/NOM DE L'ORGANISME DE FORMATION OU LES LOGOS/NOMS EN CAS DE FORMATION CONJOINTE].

***Atelier de clarification des valeurs
et de transformation des attitudes
sur les soins d'avortement***

 **CERTIFICAT DE PARTICIPATION**

**ATTRIBUÉE À**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nom

**[ville, pays] [insérer la date]**

LIEU DATE EFFECTUÉ

 Animateur de CVAT Animateur de CVAT