

Nom de l'Organisme.....
Adresse.....

ATSCAF Maine et Loire
CITE ADMINISTRATIVE
15 bis rue Dupetit Thouars
49046 ANGERS cedex

ATTESTATION

Je, soussigné..... certifie que Mr/Mme.....
adresse,.....

a participé aux cours délivrés par notre organisme, à savoir :

ACTIVITE *	DATE *	NB DE SEANCES*	TOTAL PAIEMENT*

*Cases à remplir impérativement

Je certifie également que Mr /Mme..... est à jour de ses règlements

Fait àle.....

signature et cachet