

**ATTESTATION ADF DE PAIEMENT DE COTISATIONS**

Je soussigné-e .....

Président-e de l'ADF du département de.....

Atteste que l'adhérent-e.....

Est à jour du paiement de ses cotisations versées à l'Association Départementale de  
Financement à la date du.....

Fait à ..... le .....

Signature du Président de l'ADF :