

# DECLARATION DES TEMOINS

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de famille suivi du nom d'usage si nécessaire

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Atteste être domicilié(e) à \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

et exercer la profession de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature :

(joindre la copie d'une pièce d'identité)