

# 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)