

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Financial responsibility

Je soussigné.e (personne qui prend en charge)
I, the undersigned (third party)

NOM/Prénom : _____
SURNAME/Name :

Né.e le (jj/mm/aaaa): ___/___/____ à (Ville, pays): _____
Date the birth (dd/mm/yyyy) : Place of birth (city, country):

Adresse : _____
Address :

M'engage à verser pendant la période du ___/___/____ au ___/___/____
Will take financial responsibility from the/to (dd/mm/yyyy)

La somme de _____ € chaque mois à :
Amount per month to (recipient) :

NOM/Prénom : _____
SURNAME/Name :

Né.e le (jj/mm/aaaa): ___/___/____ à (ville, pays) : _____
Date the birth (dd/mm/yyyy) : Place of birth (city, country):

De nationalité : _____
Nationality :

Lieu et date de signature : _____, ___/___/____
Place and date of signature :

Je suis conscient.e que toute fausse déclaration m'expose à des sanctions pénales.
I understand that a false statement will lead to criminal penalties.

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI PREND EN CHARGE
Third party's signature

Documents à joindre/Supporting document :

- Copie de la pièce d'identité ou du passeport / carte de séjour en cours de validité – de la personne qui prend en charge
- Copy of ID or passport / valid residence permit – of the third party