

FICHE DE DÉCLARATION CONCUBIN(E)

1 000 FCFA

FICHE N°:.....

Je soussigné(e)

Nom :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Grade

Mécano :

Service :

Tel :

Déclare sur l'honneur que M. / Mlle

Nom :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Nom du père :

Nom de la mère :

Nationalité:

Profession :

Domicile :

CNI / Attestation d'identité / N° :

Tel :

Est mon(ma) concubin(e), bénéficiaire des prestations médicales du Fonds de Prévoyance de la Police Nationale(FPPN).

Fait, / / /

L'intéressé(e)

Signature avec la mention "lu et approuvé"

Le Directeur Général

Signature et Cachet