ANT AGENCE NATIONALE DE TRAITEMENT
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE DU BENIN

VILLAS CEN-SAD, Rue BOA - MAISON BLANCHE
AGBLANGANDAN - SEME-PODJI - BENIN
Tél : 99587979/64493728

RECENSEMENT ADMINISTRATIF A VOCATION D'IDENTIFICATION DE LA POPULATION (RAVIP)

****

FORMULAIRE DE DECLARATION SUR L'HONNEUR ET DE TEMOIGNAGE

N° DE FORMULAIRE SPECIAL I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I (à générer)

I- DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e) déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessous, liés à ma personne :

NOM: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

PRENOMS: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Date de naissance: jour I__I__I mois I__I__I année I__I__I__I__I **Sexe**: I__I M I__I F **Contact:** I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Lieu de naissance : I______I______I______I______I
Département Commune Arrondissement Village ou quartier de ville

Résidence habituelle I______I______I______I______I
Département Commune Arrondissement Village ou quartier de ville

NOM PERE : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

PRENOMS PERE : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

NOMMERE : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

PRENOMS MERE : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Je sais qu'en cas de fausse déclaration de ma part, je m'expose à des sanctions pénales.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.
A .... le ....../....../201

Signature ou empreinte digitale du déclarant

II- TEMOIGNAGE

Nous, soussigné (e)s,

1er témoin: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Date de naissance: jour I__I__I mois I__I__I année I__I__I__I__I Contact: I__I__I__I__I__I__I__I__I

Lieu de naissance : I______I______I______I______I
Département Commune Arrondissement Village ou quartier de ville

Résidence habituelle I______I______I______I______I
Département Commune Arrondissement Village ou quartier de ville

Profession: ____

2ème témoin: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Date de naissance: jour I__I__I mois I__I__I année I__I__I__I__I Contact: I__I__I__I__I__I__I__I__I

Lieu de naissance : I______I______I______I______I
Département Commune Arrondissement Village ou quartier de ville

Résidence habituelle I______I______I______I______I
Département Commune Arrondissement Village ou quartier de ville

Profession: ____

3ème témoin: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Date de naissance: jour I__I__I mois I__I__I année I__I__I__I__I Contact: I__I__I__I__I__I__I__I__I

Lieu de naissance : I______I______I______I______I
Département Commune Arrondissement Village ou quartier de ville

Résidence habituelle I______I______I______I______I
Département Commune Arrondissement Village ou quartier de ville

Profession : ____

reconnaissons conformes à la vérité, les renseignements contenus dans la déclaration sur l'honneur ci-dessus, sachant que ce témoignage sera utilisé dans le cadre du RAVIP, et connaissance prise des dispositions des articles 80 et 81 de la loi N° 2017-08 du 19 JUIN 2017 portant identification des personnes physiques en République du Bénin.

A .... le ....../....../201

Signature ou empreinte digitale des témoins
1er Témoin 2ème Témoin 3ème Témoin

Visa de l'Autorité

Nom & prénoms :
Fonction :
Contact :
Signature et cachet :