**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE**

Je soussigné(e)

Nom………………………………………………………………………………Prénom……………………………………………………………………………Né(e) le ……………………………..…….. à …………………..……………… Demeurant ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………

**Déclare sur l’honneur prendre en charge financièrement** (billet de voyage, nourriture, soins médicaux, etc.): ☐ Mme ☐ Melle ☐ M Nom………………………………………………………………………………Prénom…………………………………………………………………………… Né(e) le …………………………………à………………………………………

Demeurant ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………

Pour faire et valoir ce que de droit.

Fait le ……………………………..à………………..………

**Signature**