ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e) Nom et Prénom : .....

Né (e) le ..... A.....

Titulaire de La CIN N°.....

Profession.....

Domicilié (e) .....

Code Postal.....

Ville.....

Situation familiale.....

S'engage à subvenir à tous les besoins (nourriture – frais de voyage – frais D'hospitalisation ou soins médicaux) de :

M/Mme.....

Né (e) le ..... A.....

Titulaire de La CIN N°.....

Profession.....

Domicilié (e) .....

Code Postal.....

Ville.....

Situation familiale.....

Pendant toute la durée de son séjour à l'Italie sans avoir recours aux aides publiques.

Fait à....., le.....

Signature :