

DECLARATION DE COMMUNAUTE DE VIE

Date du début de la vie commune :

mariage / PACS date : lieu : pays :

Nous, soussignés,

(1)

- Prénom Nom

Date et lieu de naissance

Nationalité :

(2)

- Prénom Nom

Date et lieu de naissance

Nationalité :

Déclarons sur l'honneur, en présence du représentant de l'administration, que la communauté de vie entre nous n'a pas cessé et subsiste à ce jour.

Fait à, le

Nous justifions de notre identité et présentons les pièces suivantes, dont copies jointes :

.....
.....

et reconnaissons avoir pris connaissance des dispositions prévues aux articles 441-1 et 441-7 du code pénal *

Signature (1)

Signature et cachet de l'autorité

Signature (2)

DECLARATION DE NON POLYGAMIE

Je, soussigné(e)

né(e) le à

de nationalité

déclare ne pas vivre en France en état de polygamie

déclare vivre en France en état de polygamie

Fait à, le

Signature :

* Article 441-1, 1^{er} alinéa : "Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques".

Article 441-7, 1^{er} alinéa : "Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait :
1° d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ;
3° de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié".



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

N° du Titre de Séjour :
(n° à 10 chiffres ex : 8303021492)

DEMANDE DE TITRE DE SEJOUR « ETRANGER MALADE »

PRÉFET DU VAR

- première demande
- renouvellement
- APS « parent d'enfant malade »

Version du 19/04/2019

CADRE A

Monsieur Madame

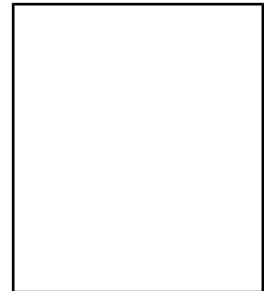
NOM :

NOM D'ÉPOUSE :
(pour une femme mariée)

Prénom :

Né(e) le : **à**

AGE : **NATIONALITE :**



Je, soussigné(e) atteste sur l'honneur que les renseignements inscrits dans les cadres A, B, C, D, E, F, G, H, I et J du présent formulaire sont conformes à la réalité de ma situation personnelle. Je suis informé(e) que les titres, actes d'état-civil et documents présentés dans le cadre de la présente demande de titre de séjour pourront faire l'objet d'une authentification auprès des autorités ou organismes compétents.

Fait à, le

SIGNATURE

CADRE B

DOMICILE :

.....

CODE POSTAL : **COMMUNE :**

N° TÉL. PORTABLE (OBLIGATOIRE) : **ADRESSE MEL :**

CADRE C

DATE D'ENTRÉE EN FRANCE : Cachet apposé sur passeport oui non

CADRE D

NATURE DU VISA OU TITRE DE SEJOUR ACTUEL – Mention :

Si lère demande : VISA délivré le Visa court séjour Visa long séjour

Titre de séjour délivré dans un autre Etat de l'U.E. (joindre copie).

Si renouvellement ou changement de statut :

Carte de séjour temporaire Carte de séjour pluriannuelle

Visa long séjour-valant titre de séjour (VLS-TS) APS

DATE EXPIRATION TITRE (OU VLS-TS OU APS) | | |

Date de dépôt :

.....

NATURE DU TITRE DE SEJOUR SOLLICITE : *(Articles L313-11 11°, R313-22, L311-12 du CESEDA)*

- TITRE DE SEJOUR « ETRANGER MALADE »
- AUTORISATION PROVISOIRE DE SEJOUR *(si résidence habituelle en France non justifiée)*
- AUTORISATION PROVISOIRE DE SEJOUR « PARENT D'ENFANT MALADE »

SI ENFANT MALADE : *(produire deux photos d'identité, son extrait de naissance avec filiation, copie de sa pièce d'identité, du livret de famille des parents, du visa d'entrée en France)*

NOM de l'enfant : PRENOM :

Date et lieu de naissance :

Nom et prénom du père :

Nom et prénom de la mère :

Date d'entrée en France de l'enfant :

Visa OUI NON

Date et lieu de délivrance du visa :

Photo de l'enfant

A RENVoyer IMPERATIVEMENT EN PREFECTURE

* **Par voie postale** *(envoi en recommandé conseillé)* à l'adresse suivante :

Préfecture du Var
Bureau de l'immigration
« Section titres de séjour »
CS 31209
83070 Toulon Cedex

cadre réservé à l'administration

DOSSIER SUIVI PAR :

- REMISE DU KIT « DOSSIER MÉDICAL » LE :
- REMISE DU KIT « PROTECTION CONTRE L'ELOIGNEMENT » LE :

DATE RÉCEPTION DU DOSSIER MÉDICAL À L'OFII :

DATE AVIS DU MEDECIN RAPPORTEUR :

DATE ET AVIS DU COLLEGE DE MEDECINS :

- RCS le B2 le.....
- Edition Cerfa T.S. le
- Nature titre délivré et validité :

OBSERVATIONS :

CADRE F

SITUATION FAMILIALE :

célibataire marié(e) pacsé(e) en concubinage

NOM-Prénom du conjoint/concubin :

Nationalité :

Résidence en France : Oui Non

Date et lieu du mariage (ou pacs)

Date début de la vie commune en France

Titulaire du titre de séjour ou carte d'identité n° délivré par

séparé(e) - de fait depuis le/..../.... - par décision de justice depuis le/..../....

divorcé(e) par jugement de divorce en date du/..../....

veuf (ve) depuis le/..../....

CADRE G

NOMBRE D'ENFANTS

EN FRANCE : A L'ETRANGER :

Pour chaque enfant, complétez et cochez la case utile :

NOM	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité	Date d'entrée en France	Réside chez		
						Père	Mère	Autre

CADRE H

PARENTS / FRÈRES ET SOEURS

EN FRANCE : A L'ETRANGER :

	NOM	Prénom	Date de naissance	Nationalité	Pays de résidence	Si résidence en France N° du titre de séjour
Père						
Mère						
Frères						
et						
Sœurs						

CADRE I

SITUATION PROFESSIONNELLE :

A COMPLETER ET SIGNER

Vous êtes : salarié commerçant artisan activité libérale chômage allocations

Nature et montant mensuel des revenus perçus en France :

Nature et montant mensuel des revenus perçus dans votre pays :

Nature et montant mensuel des revenus perçus par votre conjoint en France et dans son pays :

(PRODUIRE LES JUSTIFICATIFS DE TOUTES VOS RESSOURCES PERCUES EN FRANCE ET A L'ETRANGER : COPIE FICHES PAIE, AVIS D'IMPOT, RELEVES CAF, POLE EMPLOI, AUTRES REVENUS...)

Je soussigné(e),

atteste sur l'honneur que les renseignements sus-visés relatifs à mes ressources son exacts.

fait le signature :

En cas de prise en charge financière :

Nom/prénom de la personne qui vous prend en charge :

Montant de ses revenus

Etes-vous titulaire ou ayant droit d'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle servie par un organisme français ?

NON OUI

Si oui, quel est le taux d'incapacité permanente ?%