

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

ولاية: _____
الدائرة الإدارية / دائرة: _____
بلدية: _____



صورة شمسية ملونة
35ملم × 45ملم

تصريح شرفي
لتجديد رخصته سياقية

Nom	
Prénom	
Date et lieu de naissance	
Adresse	
N° Téléphone	
Adresse électronique	

اللقب

الإسم

تاريخ ومكان الميلاد

العنوان

رقم الهاتف

البريد الإلكتروني

إمضاء المترشح

الصف أو الأصناف المتحصل عليها

AI	A	B	B (E)	CI	CIE	C	C (E)	D	D (E)	F
----	---	---	-------	----	-----	---	-------	---	-------	---

الصف المراد الحصول عليه

AI	A	B	B (E)	CI	CIE	C	C (E)	D	D (E)	F
----	---	---	-------	----	-----	---	-------	---	-------	---

تصريح المترشح

أنا الممضي، أشهد بأنني غير مصاب بأي مرض عقلي، ولا بفقدان الوعي ولو لمدة قصيرة.
كل تصريح كاذب يعرض صاحبه إلى العقوبات المنصوص عليها في التشريع الساري المفعول.