

Paray



Vieille
Poste

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté - Égalité - Fraternité

Déclaration conjointe de dissolution PACS

Votre identité :

1er partenaire :

Madame Monsieur

Votre nom (de naissance) :

Vos prénoms :

Votre date et lieu de naissance : _____ / _____ / _____ à _____

Votre (vos) nationalité(s) : _____

Votre profession : _____

Votre adresse : _____

Code postal _____ Commune: _____

Votre adresse électronique : _____ @ _____

Votre numéro de téléphone : _____

2ème partenaire :

Madame Monsieur

Votre nom (de naissance) :

Vos prénoms :

Votre date et lieu de naissance : _____ / _____ / _____ à _____

Votre (vos) nationalité(s) : _____

Votre profession : _____

Votre adresse : _____

Code postal _____ Commune: _____

Votre adresse électronique : _____ @ _____

Votre numéro de téléphone : _____

Nous demandons conjointement la dissolution de notre PACS, enregistré le _____ / _____ / _____
à _____

Numéro d'enregistrement de la convention de PACS : _____

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Nous soussignés (Prénom, Nom) _____ et _____
certifions sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts.

Fait à : _____ Le _____

Signature du premier partenaire

Signature du second partenaire