



## PRÉFET DU NORD

Préfecture du Nord

Direction de  
l'immigration et de  
l'intégration

Bureau de l'admission  
au séjour

5903158076 / FLC



Le Préfet de la Région NORD - PAS-DE-CALAIS,  
Préfet du NORD,  
Officier de l'ordre national de la Légion d'honneur  
Commandeur de l'ordre national du Mérite

**Vu** la demande souscrite le 1<sup>er</sup> février 2013,  
par laquelle Madame **Saida BOUCHLAGHIM**, née le 8 octobre 1981 à Metalsa (Maroc),  
de nationalité marocaine,  
domiciliée à Lille, 68 boulevard de Strasbourg chez Monsieur Ayad BOUCHLAGHIM,  
sollicite la délivrance d'une carte de séjour au titre de l'admission exceptionnelle au séjour ;

**Vu** la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales et notamment ses articles 3 et 8 ;

**Vu** l'accord du 9 octobre 1987 entre le gouvernement de la République française et le gouvernement du Royaume du Maroc *en matière de séjour et d'emploi* ;

**Vu** le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda), notamment ses livres III (parties législative et réglementaire) et ses articles L.511-1-I-3°, L.511-1-II, L.513-2 et L.511-4 ;

**Vu** le décret n°95-304 du 21 mars 1995 *portant publication de la convention d'application de l'Accord de Schengen du 14 juin 1985, signée à Schengen le 19 juin 1990* ;

**Considérant** que Madame **Saida BOUCHLAGHIM** est entrée en France, selon ses déclarations, le « 15 décembre 2007 » démunie des documents et visas prévus à l'article L.211-1 du Ceseda ; qu'elle s'est maintenue sciemment sur le territoire français en situation irrégulière ;

**Considérant** que Madame **Saida BOUCHLAGHIM** est célibataire, sans enfant ; que, si elle soutient avoir résidé habituellement en France depuis son arrivée en 2007, elle ne l'établit pas ; que, notamment, les justificatifs présentés à l'appui de la demande pour la période allant du 15 décembre 2007 au 10 novembre 2011, ne sont ni suffisamment nombreux, ni suffisamment probants pour établir le caractère stable et habituel de sa résidence sur le sol français au cours de cette période ; que, si les parents ainsi que ses frères et sa sœur résident en France, il est constant que l'intéressée, avant son arrivée en France, a vécu éloignée de ceux-ci ; que, si elle produit, à l'appui de sa demande, un contrat de travail simplifié du 27 janvier 2013 de la société « La Firma » pour un contrat à durée indéterminée en qualité d'*« agent d'entretien (bovins, ovins, poules) »*, elle est actuellement sans emploi et ne justifie pas de l'ancienneté d'une quelconque insertion professionnelle ; qu'elle déclare être *« prise en charge par [ses] parents, ainsi que [ses] frères et sœur »* ; que, si elle fait valoir qu'elle est *« bien intégrée »* dans la société française depuis son arrivée, elle n'établit pas qu'elle ne pourrait pas se réinsérer socialement et professionnellement dans son pays d'origine ; que les éléments de sa situation personnelle dont Madame **Saida BOUCHLAGHIM** a fait état à l'appui de sa demande ne constituent pas, en l'espèce, des motifs exceptionnels d'admission au séjour de nature à justifier la délivrance, sur le fondement de l'article L.313-14 du Ceseda ou par l'exercice de mon pouvoir d'appréciation, d'un titre de séjour ; qu'ainsi, compte tenu, notamment, de la durée et des conditions de son séjour en France, il n'apparaît pas que le refus de lui délivrer un titre de séjour porterait à son droit au respect de sa vie privée et familiale en France une atteinte disproportionnée au regard des motifs du refus ;

.../...

Considérant que Madame Saida BOUCHLAGHIM ne justifie pas se trouver dans l'un des cas dans lesquels un étranger ne peut faire l'objet d'une obligation de quitter le territoire ; que, dans les circonstances de l'espèce, rien ne s'oppose à ce qu'une obligation de quitter le territoire français soit prise à son égard ;

Considérant que Madame Saida BOUCHLAGHIM n'établit pas que sa vie ou sa liberté sont menacées dans son pays d'origine ou qu'elle y est exposée à des traitements contraires aux stipulations de l'article 3 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales susvisée ;

Après avoir procédé à un examen approfondi de la demande, ensemble les déclarations de l'intéressée et les éléments produits ;

Par ces motifs,

ARRÊTE

Article 1<sup>er</sup> : La demande de délivrance d'un titre de séjour présentée par Madame Saida BOUCHLAGHIM est rejetée ;

Article 2 : Madame Saida BOUCHLAGHIM est obligée de quitter le territoire français dans le délai de trente jours à compter de la notification du présent arrêté ;

Article 3 : A l'expiration de ce délai, Madame Saida BOUCHLAGHIM pourra être reconduite d'office à la frontière à destination du pays dont elle a la nationalité, ou de tout autre pays dans lequel elle établit être légalement admissible ;

Article 4 : Madame Saida BOUCHLAGHIM peut solliciter le dispositif d'aide au retour financé par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (direction territoriale de Lille : 2 rue de Tenremonde 59000 LILLE ; téléphone : 03 20 99 98 60) ;

Article 5 : Le secrétaire général de la préfecture du Nord est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Lille, le 9 - DEC. 2013

Pour le Préfet et par délégation,

Pour le Préfet,  
Le Directeur de l'Intégration et  
de l'Intégration



Yves FAES

Notifié à l'intéressée  
le 24 JAN. 2014

L'agent qui procéda à la  
notification

Pour le Préfet,  
par délégation,  
l'adjoint au chef de bureau

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE

LILLE

Bureau d'Aide Juridictionnelle

Avenue du Peuple Belge BP 729  
59034 LILLE  
03.20.78.34.94

Décision du : 17/02/2014



A RAPPELER DANS TOUTE CORRESPONDANCE:

Numéro BAJ : 2014/003102

Section - Division : 3 - 22  
Date de la demande : 04/02/2014  
Numéro R.G. :  
Avocat: Me CLEMENT

Madame BOUCHLAGHIM Saïda  
APP 1  
68 BOULEVARD DE STRASBOURG  
59000 LILLE

## DÉCISION D'AIDE JURIDICTIONNELLE

Vu la loi N° 91-647 du 10 Juillet 1991 et le décret n° 91-1266 du 19 Décembre 1991,  
Vu la loi N° 98-1163 du 18 décembre 1998,

Le président statuant le 17/02/2014 sur la demande présentée le 04/02/2014 par :

Madame BOUCHLAGHIM Saïda  
APP 1  
68 BOULEVARD DE STRASBOURG  
59000 LILLE

pour obtenir l'aide juridictionnelle dans la procédure suivante : Contentieux des étrangers sans placement en rétention ni assignation à résidence (décision préfectorale du 09/12/2013)

Contre :

PREFECTURE DU NORD  
12 RUE JEAN SANS PEUR  
59000 LILLE

devant le Tribunal administratif de LILLE.

CONSTATE :

que le demandeur remplit les conditions fixées par la loi

EN CONSÉQUENCE :

Accorde l'aide juridictionnelle totale pour la procédure ci-dessus à compter de l'acte suivant : demande d'AJ et jusqu'à l'acte ci-après : fin de l'instance.

Dit que le bénéficiaire sera assisté par Maître Norbert CLEMENT, Résidence Blériot 2ème étage 59100 ROUBAIX (N° de vestiaire : 0298) (Tél : 03.20.98.92.93 Fax n°03.28.36.41.92) qui a accepté de prêter son concours.



LE PRÉSIDENT

Signé

### Informations destinées à la CARPA

N° BAJ : 59350 /00 3 / 2014/003102

Avocat : CLEMENT Norbert (Vestiaire 0298)

Type de procédure : AJ Code procédure : 12G

Objet : Contentieux des étrangers sans placement en rétention ni assignation à résidence (décision préfectorale du 09/12/2013)

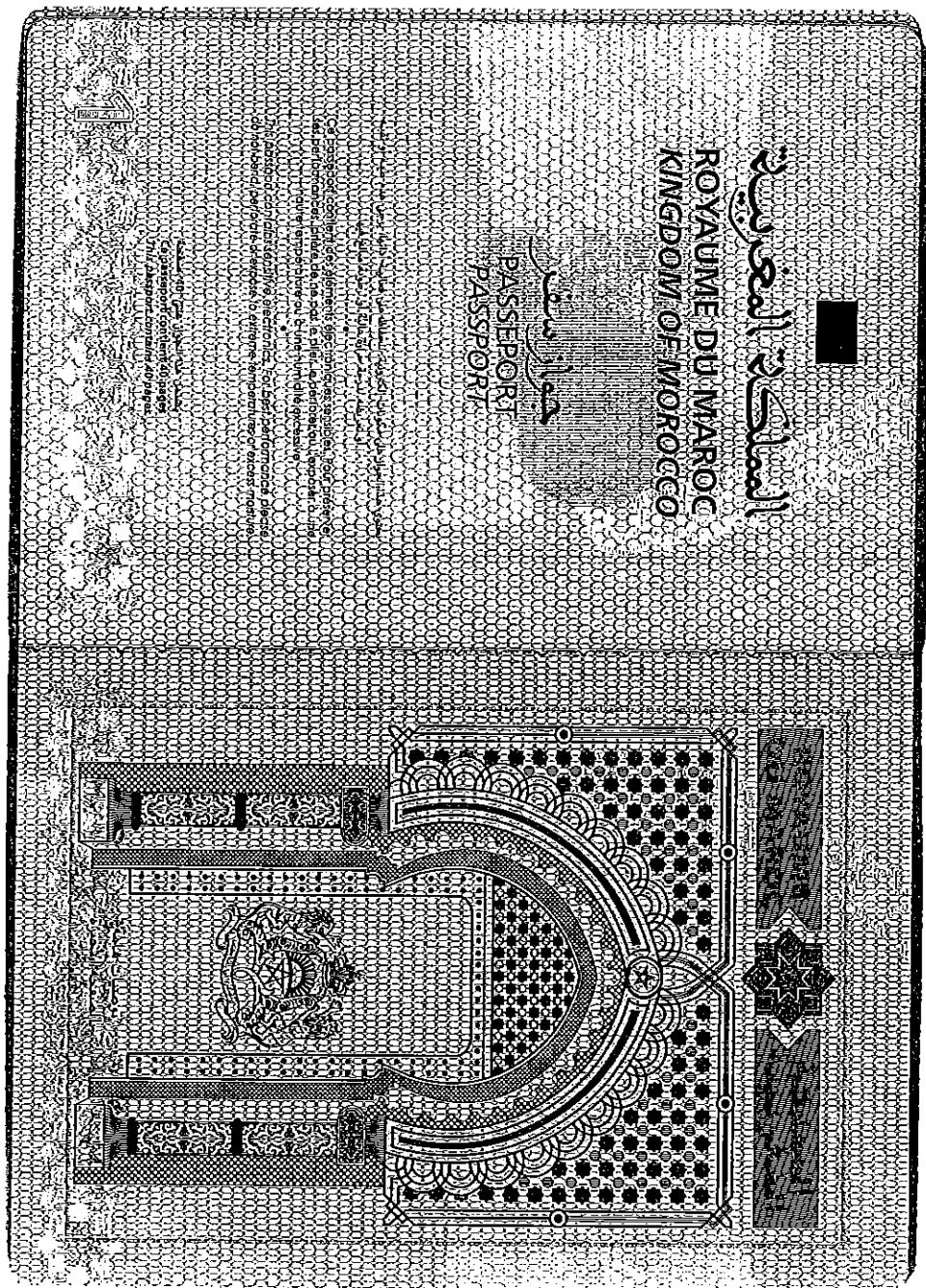
Affaire : Madame BOUCHLAGHIM Saïda C/ PREFECTURE DU NORD

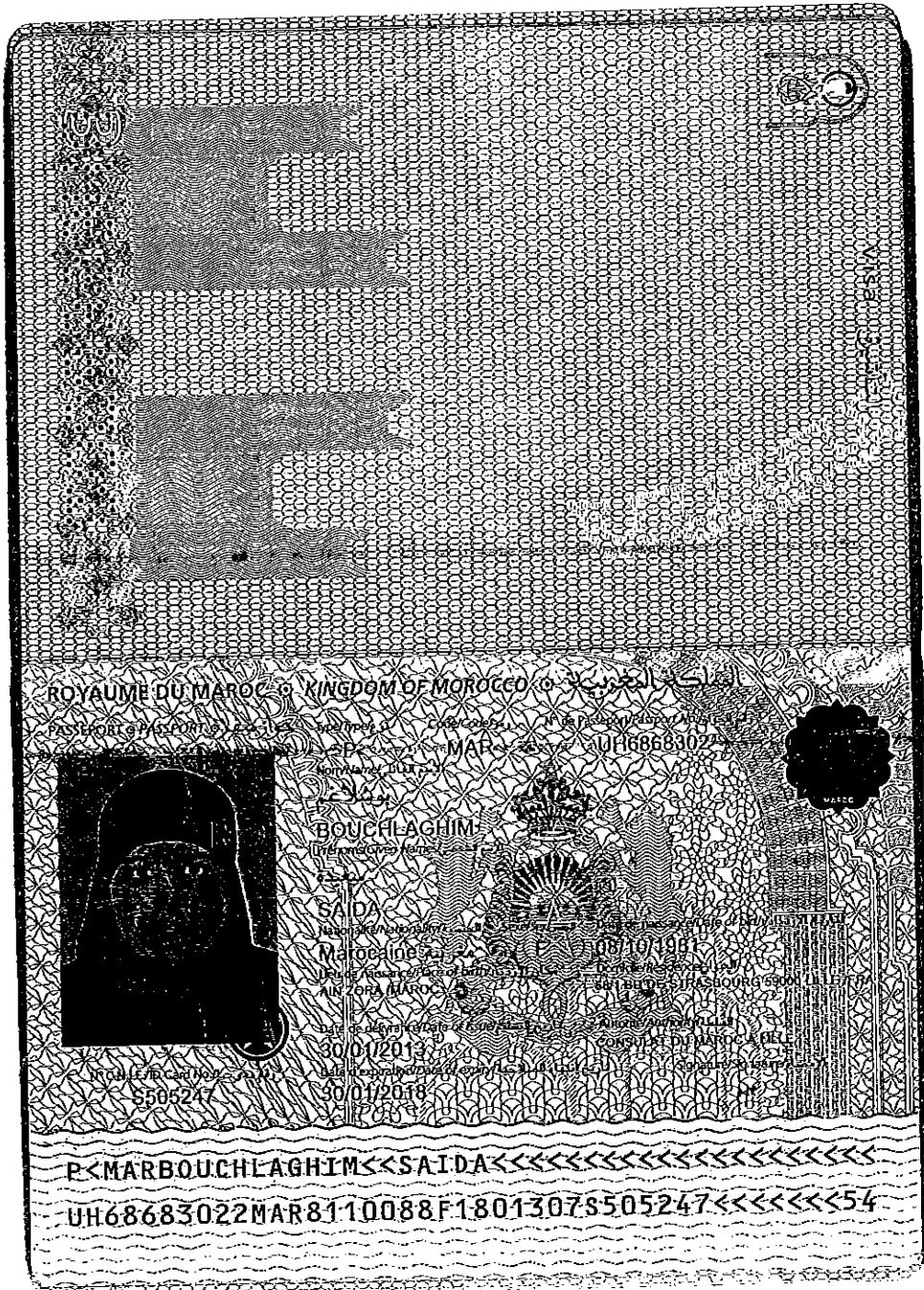
Date décision : 17/02/2014 Type de décision : Première décision

Provision versée par le client : Euros

Décision : AJ totale

N° Rôle :





# COPIE INTEGRALE DE L'ACTE DE NAISSANCE

Acte N° : 840

Année : 1981

SAIDA  
BOUCHLAGHIM

- : Le Neuf hija mille quatre cent un .....
- : Correspondant au Huit octobre mille neuf cent quatre-vingt un .....
- : Heures : Minutes .....
- : Est né(e) à Douar ouled tanout ouled brahim benali metalsa .....
- : Prénom SAIDA ..... : De sexe Feminin .....
- : De AYAD ABDELKADER .....
- : Qui a choisi comme nom patronymique BOUCHLAGHIM .....
- : Nationalité Marocaine .....
- : Né à Metalsa .....
- : Le Mille trois cent soixante sept .....
- : Correspondant au Mille neuf cent quarante huit .....
- : Profession Ouvrier .....
- : Et de RABIA MOHAND .....
- : Nationalité Marocaine .....
- : Née à Metalsa .....
- : Le Mille trois cent soixante quatorze .....
- : Correspondant Mille neuf cent cinquante cinq .....
- : Profession Sais .....
- : Domiciliés à Douar ouled tanout ouled brahim benali .....
- : Dressé le Vingt sept hija mille quatre cent un .....
- : Correspondant au Vingt six octobre mille neuf cent quatre-vingt un .....
- : Sur Declaration du ayad abdelkader .....
- .....
- : Agé de Trente trois ans .....
- : Domiciliés à Douar ouled tanout ouled brahim benali metalsa .....
- : Lecture, faite, nous President du conseil rurale de ain zoura .....
- : Officier d'Etat civil .....
- : Avons seul signé, le déclarant ayant dit ne savoir le faire .....

ROYAUME DU MAROC  
PROVINCE DRIOUCH  
COMMUNE RURAL AIN ZOHRA  
AIN ZOHRA

: Certifie conforme aux registres de l'Etat civil de la commune  
Ain zohra

: Fait à Ain zohra : Le 19 Août 2013

Officier d'Etat Civil

Le 19 Août 2013

MI.R.

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA JUSTICE  
PROVINCE D'EL-JEDIDA  
COMMUNAUTÉ RURALE M'JIDIA  
BUREAU D'EXTRADITION ET D'ASSISTANCE

Acte N°: 840

Année: 1981 Gr.  
Corps: 1401 Hes.

Nom: SAIDA

Nom: BOUCHAGHMI

Lieu de Naiss: Dour oued Anout oued brahim ben al matala

Né(e) le: Neuf Juillet quatre cent un

Correspondant: Huit Octobre mil neuf cent quatre vingt un

Nationalité: Marocaine de sexe Féminin

Ville de naissance: AÏDABDELKADER

Etat: RABAMOHAND

Moyen de transport: Sans

Extradition conforme à l'accord bilatéral souscrit

Officer de l'Etat Civil: M. OUAZI

Officer d'Etat Civil: M. OUAZI

Signature: M. OUAZI



# بيان زواج

# بيان دسم وناده الزوجة

الاسم الشخصي : سعيدة

Prénom : **Saïda**

الاسم العائلي : بouchaghem

Nom : **BOUCHAGHEM**

بتاريخ الولادة : ٢٣/١٠/١٩٧٨

Date de naissance :

مكان الولادة : أورورا نفت معاشرة

Lieu de naissance :

اسم الأب : محمد هشام

Fille de : **Mohamed HESHAM**

اسم الأم : سعاده محمد

Et de : **Saadah MOHAMED**

المهنة : معلمة

رسم الولادة مسجل تحت عدد : ٢٩

سنة : ٢٠١٩

مكتب الحالة المدنية : أورورا بونكير

جماعة : عمالاء أو إقليم : بجاية

N° C.I.N :

رقم ب.ث.و : ٤٣٢٩٦٤ - ٥

بيان الزواج

يعتبر زوج الزوج رسمياً من تاريخ ٢٣/١٠/١٩٩٩

بيان الملاقي أو الوفاة

بيان الملاقي أو الوفاة

بيان الملاقي أو الوفاة

امضاء ضابط الحالة المدنية

طبع مكتب الحالة المدنية

امضاء ضابط الحالة المدنية

٥/١

طبع مكتب الحالة المدنية

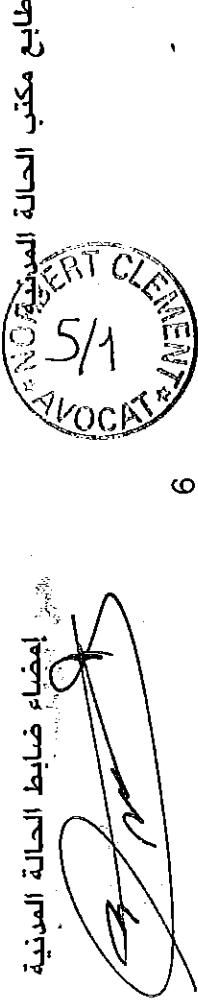
٥/١

طبع مكتب الحالة المدنية

٥/١

طبع مكتب الحالة المدنية

٥/١



مکالمہ احمدیہ

تاریخ التصریح بالولادة : الموافق لـ : ١٦.٣.٢٠٢٠ رقم الرسم : ٤٧٩٤ المسجل بخطب : الحمد لله رب العالمين جماعة : محسن الزهراني عاملة أو إقليم : الدorf

الاسم العائلي : بن شنور  
Prénom : سفيان A. Ghitry  
Nom : Ghitry

Date de naissance : ٢٠٠٥-٠٨-١٩٦٨  
Lieu de naissance : Djerba - Tunisia  
الاسم الشخصي للأم: ربيحة  
الاسم العائلي للأم: بوعشرين  
حرد: ميني إلى مصر  
 بتاريخ: يومي بياري  
طالع مكتب الحالة المدنية  
أمساء ضابط الحالة المدنية

John G. Clegg

**بيان الوفاة**

توفيت حفيدة زاده في العاشر من شهر جانفي ١٩٧٩م، عن عمر يناهز ٣٠ عاماً.

سیاره های  
مهمان

بيان  
الموافق : ٢٠١٩ - ٥ - ٦  
رقم الرسم : ٦٤٣٧  
المسجل بمكتب : المحافظة المختصة  
جامعة : بنى سويف  
عملاء أو إقليم : الدقهلية

الاسم العائلي : بوعصب ..... الاسم الأولي : Boucaba

طبع مكتب الحالة المدنية  
امضاء ضابط الحالة المدنية  
موافق : ٢٠٠٩  
 بتاريخ : ٢٠١٣/٦/١٧  
بيان رقم : ٢٠٠٩  
الاسم العائلي للأم : ربيعة  
الاسم الشخصي للأم : حرب  
مكان الولادة : أحد وعشرين شارع  
جعفرية ، حي العروبة ، حلب ، سوريا  
Lieu de naissance : ٢٠٠٩  
Date de naissance : ١٦/٥/١٩٩٩

See C

۲

## بيانات من دفتر سجل

تاريخ التصريح بالولادة : ١٣-٢-١٩٨٤  
الموافق لـ : ١٩٨٤-٢-٥  
رقم الرسم : ٨٥٤٦  
رقم التصريح بالولادة : ١٩٨٤-٢-٥  
الموافق لـ : ١٣-٢-١٩٨٤

المسجل بمكتب : **الحالة المدنية**  
جهازة : **جهاز الضرائب**  
جهازة : **جهاز الضرائب**  
عمالة أو إقليم : **القاهرة**  
الاسم الشخصي : **عبد الفتاح**  
الاسم العائلي : **بوعشلاغ**  
Prénom : **SAÏD**  
Nom : **BOUCHLAGH**

تاريخ الولادة : ٠٨-١٠-١٩٨١  
Date de naissance : 08-10-1981  
مكان الولادة : **الإسكندرية**  
Lieu de naissance : **Dacces en la ville d'Alexandrie**

الاسم الشخصي للأم : **ربوة**  
الاسم العائلي للأم : **بوعشلاغ**  
الاسم الشخصي للأم : **ربوة**  
الاسم العائلي للأم : **بوعشلاغ**  
حرر : **جهاز الضرائب**  
 بتاريخ : **١٤-٢-٢٠٢٥**  
طبع مكتب الحالة المدنية  
امضاء ضابط الحالة المدنية

بيان الوفاة

NOV 5/3 2025  
ALBERT CLEANE

بيانات هامشية

بيانات هامشية

ପ୍ରମାଣିତ

تاریخ التحریر بالولاية : ١٩٩٦ - ١ - ٢٩

رقم الرسم: **المسجل يكتب: اتحاد المدنية جماعة: مجلس إدارة**

Prénom : Sébastien

Nom : Bouc Ma A. H. M.

Date de naissance : 22-12-1991

Lieu de naissance : Amiens en Seine Maritime Habitué

الاسم العائلي للأسرة الحسيني يلزم رتبته سمع شاه.

طابع مكتبة الحالية العبدية بتاريخ ٢٠١٣/٦/٢٥

۱۰۷

مکتبہ فلسفی

المسجل بكتاب : الحجارة - المدورة

**مطالعه أو اقتباع : ملخصاً داعم**

نام: مرتضی صفتی

الاسم العائلي : سعيد

تاريخ الولادة: ..... ١٩٦٦ - ٢٠٢٢ :

**مكان الولادة: ولد وشنت على بيني الملايين:**

الاسم التجاري : **ربيعية**

حرر : میمن الیانوش - تاریخ : ۲۰۱۷ شماره ۵۰۰

卷之三

卷之三

بيان الموقف

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ - إِنَّمَا الْمُحْكَمُ مَوْلَدُهُ يَوْمٌ يَوْمٌ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ  
وَاللَّهُمَّ إِنِّي أَعُوذُ بِكَ مِنْ شَرِّ  
مَا أَنَا بِهِ مُعْلِمٌ  
وَمَا أَنَا بِهِ مُعْلِمٌ

LEIPZIG  
1867

THE JOURNAL OF CLIMATE

၅၇

14



# متحضر مرسى وفاة صاحب الدفتر

المسجل تحت رقم : ..... سنة : .....

مكتب : ..... جماعة : ..... عين الزهرة

عمالة أو إقليم : ..... المنزه للدور

الاسم الشخصي : ..... عزيز ابراهيم

تاريخ الوفاة : ..... Date de décès :

محل الوفاة : ..... Lieu de décès :

آخر محل سكني صاحب الدفتر : ..... آخر محل سكني صاحب الدفتر :

وحرر بـ : ..... في : ..... الموافق لـ : ..... طالب مكتب الحالة المدنية

امضاء ضابط الحالة المدنية

المسجل تحت رقم : ..... ٣٢٩٣ سنة : ..... ٢٠١٥

مكتب : ..... الحالة المدنية

جماعة : ..... عين الزهرة

عمالة أو إقليم : ..... المنزه للدور

الاسم الشخصي : ..... عزيز ابراهيم

تاريخ الولادة : ..... Date de naissance :

Nom : ..... Bouchra Benhadj

تاريخ الولادة : ..... ١٩٤٨ - ٠٦ - ٢٠٠

مكان الولادة : ..... أولاد تيزووت، معان الصحراء.

Lieu de naissance : ..... DZIAR OULED TIZZOUD, M'GOUNA

اسم الأب : ..... عبد الفتاح بن محمد عزيز

Fils de : ..... ABDELKADER HINNOUM

اسم الأم : ..... فاطمة محسن

Et de : ..... FAIMA MOUHAND

وحرر بـ : ..... عين الزهرة

في : ..... ٢٠١٥

الموافق لـ : ..... ٢٠١٥

طالع مكتب الحالة المدنية

وحرر بـ : ..... عين الزهرة

في : ..... ٢٠١٥

الموافق لـ : ..... ٢٠١٥

طالع مكتب الحالة المدنية

امضاء ضابط الحالة المدنية

.....

.....

.....

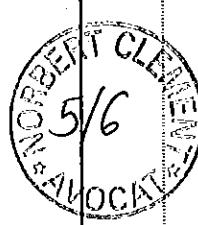
.....

.....

.....

.....

.....



البيانات الهمائية

البيانات الهمائية

Livret de famille N° ...

دفتر عائمه رقم : ٨٤٥

طابع مكتن الحاله المدنية رقم ب.ت.و : N° C.I.N : امضاء ضابط الحاله المدنية  
عنوانه : حوار ابريل تونست سبع النهاره .  
مهنته : جسمو نشافع .  
الاسم العائلي : جسمو نشافع .  
الاسم الشخصي : عبيف الزهرة .  
مكتب الحاله المدنية بـ : عبيف الزهرة .  
القيادة او الملحقه الاداريه : عبيف الزهرة .  
لائمه : الموريتاني .  
عمله أو إقاميم : الموريتاني .

يجب التصريح بالولادة فوريًّا مُنذ 30 يومًا من يوم وقوعها، وذلك لاحص ضاحله الحاله المدينه المنحصر بالجامعة او المؤسسه الحضوريه التي وقعت فيها الولادة.

ولذا انصر أجل التصريح، فإن تسجيل علامة الوفاة لا يضم إلا بناءً على حكم تصدره المحكمة الابتدائية بحل وقوعها.

ففي حالة ظل شرط على ضياع الدفتر تسلم لحاصله نسخة منه، وذلك من حرف ضابط العادة المدنية الذي وضع الدفتر الأصلي

Officier de l'Etat civil

Sceau du Bureau de l'Etat Civil





## PRÉFET DU NORD

DIRECTION DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTÉGRATION

### Attestation de dépôt d'une demande d'admission exceptionnelle au séjour.



En application des dispositions du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, une demande d'admission exceptionnelle au séjour a été déposée en préfecture du Nord par :

Madame, Monsieur \*

Nom : BOUCHLACHIM

Prénom : Saida

Nationalité : marocaine

N° national d'identification (AGDREF) : 5903158076

N° du passeport : ~~DE1790935~~, UH 6868302 .

Date de dépôt de la demande : 1<sup>er</sup> février 2013

\* rayer les informations inutiles

Fait à Lille, le 27 mai 2013.

La présente attestation, valable quatre mois à compter de la date de sa délivrance, ne vaut pas autorisation provisoire de séjour.



PRÉFET DU NORD

DIRECTION DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTÉGRATION

**Attestation de dépôt d'une demande d'admission exceptionnelle au séjour.**



En application des dispositions du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, une demande d'admission exceptionnelle au séjour a été déposée en préfecture du Nord par :

Madame, Monsieur \*

Nom : BOUCHLAGHIM

Prénom : Saida

Nationalité : marocaine

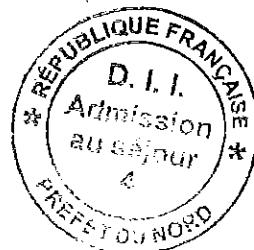
N° national d'identification (AGDREF) : 5903158076

N° de passeport : UH6868302

Date de dépôt de la demande : 1<sup>er</sup> février 2013

\* rayer les informations inutiles

Fait à Lille, le 03 septembre 2013.



La présente attestation, valable quatre mois à compter de la date de sa délivrance,  
ne vaut pas autorisation provisoire de séjour.



# DEMANDE D'AUTORISATION DE TRAVAIL POUR UN SALARIÉ ÉTRANGER - CONTRAT DE TRAVAIL SIMPLIFIÉ

art. L. 5221-1 et suiv et R. 5221-1 et suiv du code du travail

cerfa  
N° 13653\*03

Demande d'autorisation de travail tendant à la délivrance : (veuillez cocher la case correspondante)

- d'une carte de séjour temporaire « salarié »  d'une autorisation provisoire de travail.  
 d'une carte de séjour temporaire « travailleur temporaire »  
 d'une carte de séjour « Communauté européenne »  
 d'une carte de séjour temporaire « Carte bleue européenne »

si travail d'une durée de plus de 3 mois, joindre une photographie



Cadre à remplir par l'administration

N° de demande : \_\_\_\_\_

N° de dossier : \_\_\_\_\_

Date d'arrivée à l'UT-DIRECCTE : \_\_\_\_\_

Annexe à joindre (le cas échéant) :

Annexe 1 : Information sur la taxe due

Le salarié réside : en France  à l'étranger

## 1 - EMPLOYEUR

Raison sociale

LA FIRMA

Code NAF

Numéro Siret

512274846

Si particulier : Nom

Prénom

N° d'inscription à l'URSSAF ou à la M.S.A.

Adresse de l'établissement de rattachement ou du particulier

43 Rue de TOURMIGNIES, 59551 ATTICHES

Nom de la personne à contacter

N° de téléphone 03 20 96 91 17

N° de télécopie

Courriel

Nombre de salariés avant l'embauche 2

## 3 - EMPLOI

Type de contrat de travail (veuillez cocher la case correspondante)  à durée indéterminée  à durée déterminée Durée : mois ou jours.

Date prévisible d'embauche / / motif du recours (voir notice par. 3) :

Adresse(s) du lieu effectif d'emploi (si différent de celui de l'établissement) 43 Rue de TOURMIGNIES, 59551 ATTICHES

Emploi Agent d'entretien Boeing, ouvris, poseur Qualification professionnelle (voir notice par. 4)

Code ROMZ

Convention collective applicable

Coefficient conventionnel applicable à l'emploi

Rémunération horaire brute hors avantages en nature si durée du contrat inférieure à un mois (en euros)

1300€

Rémunération brute hors avantages en nature (en euros)

Montant mensuel des avantages en nature (en euros) :

200€

- hébergement

- nourriture

- autres (veuillez préciser)

Durée hebdomadaire du travail 35H

Passée la date du / / le salarié ne sera pas embauché.

## 4 - LOGEMENT (à renseigner si l'étranger ne réside pas en France)

(Pour les étrangers qui résident hors de France au moment de la demande) :

adresse du futur logement en France :

nature du logement : (veuillez cocher la case correspondante)  chambre  appartement  maison individuelle  hôtellerie  autre

hébergement collectif (voir notice, par. 5) :

oui  non

## 5 - AUTORISATION DE TRAVAIL DÉLIVRÉE (cadre à remplir par l'administration)

Nature de l'autorisation de travail :  carte de séjour temporaire « salarié »  carte de séjour temporaire « travailleur temporaire »  APT  
 carte de séjour « Communauté européenne »  carte de séjour « Carte bleue européenne »

Validité territoriale :  région(s) (veuillez préciser) \_\_\_\_\_  France métropolitaine

code du(dos) département(s) \_\_\_\_\_

L'autorisation de travail est accordée pour une durée de \_\_\_\_\_ mois ou \_\_\_\_\_ jours à compter du \_\_\_\_\_ ou du visa consulaire postérieur lorsque l'étranger est soumis à cette obligation. Le présent document est valable pour l'employeur, l'emploi et la zone géographique précisés ci-dessus.

### Visa UT-DIRECCTE

Autorisation de travail délivrée le \_\_\_\_\_

Par l'UT-DIRECCTE de \_\_\_\_\_

### Visa OFII

Date de réception du dossier \_\_\_\_\_

Date de la visite médicale \_\_\_\_\_

### Visa poste consulaire

Date de réception du dossier \_\_\_\_\_

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus.

Fait à : Ville \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature employeur  
(nom et qualité)

Signature salarié



# DEMANDE D'AUTORISATION DE TRAVAIL POUR UN SALARIÉ ÉTRANGER - CONTRAT DE TRAVAIL SIMPLIFIÉ

art. L. 5221-1 et suiv et R. 5221-1 et suiv du code du travail

**cerfa**  
N° 13653\*

Demande d'autorisation de travail tendant à la délivrance : (veuillez cocher la case correspondante)

- d'une carte de séjour temporaire « salarié »  d'une autorisation provisoire de travail.
- d'une carte de séjour temporaire « travailleur temporaire »
- d'une carte de séjour « Communauté européenne »
- d'une carte de séjour temporaire « Carte bleue européenne »

si travail d'une durée de plus de 3 mois, joindre une photographie

Cadre à remplir par l'administration

N° de demande : \_\_\_\_\_  
N° de dossier : \_\_\_\_\_  
Date d'arrivée à l'UT-DIRECCTE : \_\_\_\_\_

Annexe à joindre (le cas échéant) :

Annexe 1 : Information sur la taxe due

Le salarié réside : en France  à l'étranger

## 1 - EMPLOYEUR

|  |                |      |
|--|----------------|------|
| • Raison sociale   | LA FIRMA       |      |
| • Code NAF   | • Numéro Siret | 6896 |
| • Si particulier :   | Nom : _____    |      |
| Prénom : _____   |                |      |
| N° d'inscription à l'URSSAF ou à la M.S.A. : _____                                   |                |      |
| • Adresse de l'établissement de rattachement ou du particulier : 63 Rue de TOURONNES |                |      |
| • Nom de la personne à contacter : _____   |                |      |
| • N° de téléphone : 03 12 21 86 91 17  |                |      |
| • N° de télécopie : _____  |                |      |
| • Courriel : _____   |                |      |
| • Nombre de salariés avant l'embauche : 2  |                |      |

## 2 - SALARIÉ

|   |  |  |
|---|--|--|
| • Nom   | BOUCHLAGHIM  |  |
| • Nom de jeune fille  |  |  |
| • Prénom  | SAIDA  |  |
| • Sexe  | M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | (veuillez cocher la case correspondante) |
| • Né(e) le  | 08/10/1981   | à Metz, 10/10/03                         |
| • Nationalité   | TUNISIENNE   |  |
| • N° titre de séjour  |  |  |
| • N° de passeport   | DE 1730935   | Date d'expiration : 07-11-2011           |
| • Adresse   | 6811 Boulevard de Strasbourg<br>59000 Lille                      |  |
| * A l'étranger dans le cas d'une introduction, en France dans les autres cas. |  |  |
| Pays  | FRANCE   |  |
| • N° de téléphone   | 03 12 21 77 89   |  |
| • Courriel  |  |  |

## 3 - EMPLOI

|   |  |
|---|--|
| • Type de contrat de travail (veuillez cocher la case correspondante)   | <input type="checkbox"/> à durée indéterminée <input type="checkbox"/> à durée déterminée Durée : _____ mois ou _____ jours. |
| • Date prévisible d'embauche : 1/1/2008   | motif du recours (voir notice par 3) : _____   |
| • Adresse(s) du lieu effectif d'emploi (si différent de celui de l'établissement) : 63 Rue de TOURONNES, 59551 Anderlecht | • Qualification professionnelle (voir notice par 4)  |
| • Emploi Agent d'entretien (bains, toilettes, park)   | • Coefficient conventionnel applicable à l'emploi : 1300€  |
| • Code ROME   |  |
| • Convention collective applicable  |  |
| • Rémunération horaire brute hors avantages en nature si durée du contrat inférieure à un mois (en euros) : 900€          |  |
| • Rémunération brute hors avantages en nature (en euros) : 1300€  |  |
| • Montant mensuel des avantages en nature (en euros) : 900€   |  |
| - hébergement   | - nourriture   |
| • Durée hebdomadaire du travail : 35h   | autres (veuillez préciser) : _____   |
|   | • Passée la date du : / /  |
| Le salarié ne sera pas embauché   |  |

## 4 - LOGEMENT (à renseigner si l'étranger ne réside pas en France)

(Pour les étrangers qui résident hors de France au moment de la demande) :

|   |                                  |                                      |  |
|---|----------------------------------|--------------------------------------|--|
| - adresse du futur logement en France :                         |                                  |                                      |  |
| - nature du logement : (veuillez cocher la case correspondante) | <input type="checkbox"/> chambre | <input type="checkbox"/> appartement | <input type="checkbox"/> maison individuelle |
| - hébergement collectif (voir notice, par 5) :                  | <input type="checkbox"/> oui     | <input type="checkbox"/> non         | <input type="checkbox"/> hôtellerie          |
| code du(des) département(s) : _____                             |                                  |                                      |  |

## 5 - AUTORISATION DE TRAVAIL DÉLIVRÉE (cadre à remplir par l'administration)

|  |   |
|--|---|
| • Nature de l'autorisation de travail : (veuillez cocher la case correspondante et préciser) | <input type="checkbox"/> carte de séjour temporaire « salarié » <input type="checkbox"/> carte de séjour temporaire « travailleur temporaire » <input type="checkbox"/> A |
|  | <input type="checkbox"/> carte de séjour « Communauté européenne » <input type="checkbox"/> carte de séjour « Carte bleue européenne »                                    |
| • Validité territoriale : (veuillez cocher la case correspondante)                           | <input type="checkbox"/> région(s) (veuillez préciser) _____ <input type="checkbox"/> France métropolitaine   |
| code du(des) département(s) : _____  |   |

L'autorisation de travail est accordée pour une durée de \_\_\_\_\_ mois ou \_\_\_\_\_ jours à compter du \_\_\_\_\_ ou du visa consulaire postérieur lorsque l'étranger est soumis à cette obligation. Le présent document est valable pour l'employeur, l'emploi et la zone géographique précisés ci-dessus.

### Visa UT-DIRECCTE

Autorisation de travail délivrée le \_\_\_\_\_

Par l'UT-DIRECCTE de \_\_\_\_\_

### Visa OFII

Date de réception du dossier \_\_\_\_\_

Date de la visite médicale \_\_\_\_\_

### Visa poste consulaire

Date de réception du dossier \_\_\_\_\_

### J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessous

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature employeur  
(nom et qualité) \_\_\_\_\_

Signature sala

DECLARATION DE DOMICILE

Je soussigné M (Nom - Prénom de l'hébergeant) : Bouchra Ghim Ayadi.

Déclare héberger

M (Nom - Prénom de l'hébergé) : Bouchra Ghim Saïda.

Lien de parenté : Père.

A l'adresse suivante :

..... 68 Bd de Strasbourg, App. A

..... 59 Lille .....



Fait à ..... Lille ..... le ..... 24.01.2016 .....

Signature du (de la) déclarant(e),

SLG

JUSTIFICATIFS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU PRÉSENT CERTIFICAT :

- Carte nationale d'identité française ou titre de séjour de l'hébergeant  
ET
- Quittance de loyer, facture d'eau, de gaz, d'électricité, de téléphone fixe, au nom de l'hébergeant datée de moins de 3 mois

Article L441-7 du code pénal : « est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 € d'amende le fait :

1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ;

2° De falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ;

3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié.



**LMH**  
OFFICE PUBLIC DE L'HABITAT

**REFERENCES A RAPPELER**  
**709600-45**



# AVIS D'ECHÉANCE

N° 073215217 du 31.12.13 EMIS EN EUROS  
Lille, le 23/12/13

649252 013251 1/2 009486

M MME BOUCHLAGHIM Ayad  
MARCEL BERTRAND ETR 68  
PORTE 001  
68 BD DE STRASBOURG  
59000 LILLE

## ADRESSE DU LOCAL CONCERNÉ

PORTE 001  
68 BD DE STRASBOURG  
59000 LILLE

## POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONTACTER

Agence MOULINS  
122, Rue de DOUAI  
59000 LILLE  
TELEPHONE 03.20.29.92.20

N° TVA INTRACOMMUNAUTAIRE : FR30413782509

|  |         |                |                 |
|--|---------|----------------|-----------------|
| 18/11/13 Solde antérieur Débit                                     |         |                | 0,00 €          |
| 30/11/13 LGM 101153 11/13  |         |                | 117,81 €        |
| 10/12/13 Versement bancaire  |         |                | -117,81 €       |
| <br>   |         |                |                 |
| Logement 101153 01/12/13 AU 31/12/13                               |         |                |                 |
| GRP 0220 n° porte 001 MARCEL BERTRAND                              |         |                |                 |
| Loyer Logement   | 286,96  |                | 286,96 €        |
| APL  | -311,55 |                | -311,55 €       |
| Provision Charges Géné.  | 52,72   |                | 52,72 €         |
| Provision Chauffage  | 51,62   |                | 51,62 €         |
| Provision Eau  | 38,06   |                | 38,06 €         |
| <b>TOTAL Logement</b>  |         |                | <b>117,81 €</b> |
| <br>   |         |                |                 |
| <i>Réceptionné par l'accueil<br/>du siège LMH<br/>Le: 10/01/14</i> |         |                |                 |
| Total de l'échéance  | (SOIT   | 772,78 FRANCS) | 117,81 €        |
| Solde Total au 31/12/13  | (SOIT   | 772,78 FRANCS) | 117,81 €        |

A payer avant le : 06/01/14

(SOIT 772,78 FRANCS) 117,81 €



65591 57453 8893  
1 / 3 207



#### Ma facture

- Pour gérer votre contrat et retrouver vos factures sur votre espace Client 24h/24 et 7j/7 : [edfclient.edf.com](http://edfclient.edf.com)

Identifiant Internet : ORVXEILCUR

#### Par téléphone

- Ma facture, mon contrat, mon déménagement et pour toute réclamation au 09 69 39 33 03<sup>(1)</sup> (appel non surtaxé)
- Mon Compte sur Serveur Vocal 24h/24 au 09 69 39 33 03 (N° Vert) pour transmettre vos relevés et consulter votre solde

N° client : 5 016 777 327

- Mes Travaux de chauffage et d'isolation au 39 20<sup>(1)</sup> (0,05 € TTC/min hors surcoût éventuel selon opérateur)

du lundi au samedi de 8h à 21h

#### Dépannage Electricité (ERDF) :

09 720 780 59 (appel non surtaxé)

#### Par courrier

**EDF SERVICE CLIENTS TSA 20012**  
41975 BLOIS CEDEX 9

#### En boutique

La boutique la plus proche de chez vous sur : [boutique.edf.com](http://boutique.edf.com)

#### Lieu de consommation

RC 1  
RDC APP1  
68 BOULEVARD DE STRASBOURG  
59000 LILLE

#### Titulaire du contrat

Mme, M. BOUCHLAGHIM AYAD

#### Votre contrat

N° de client : 5 016 777 327  
N° de compte : 4 01 7 016 057 820  
(numéro à transmettre pour le règlement de vos factures)

#### Electricité

- Point de livraison (PDL) : N° 01 114 616 472 779
- Puissance : 06 kVA
- Option Base

#### INFORMATIONS

##### et réglementation

Electricité : Vos Conditions Générales de Vente sont modifiées au 01/02/2014. Conformément à la réglementation, les montants de la CTA, la CSPE, les TCFE et la TVA évoluent au 01/01/2014. La CTA a évolué au 01/05/2013. Le tarif réglementé a évolué au 01/08/2013. Plus d'information sur le site particuliers edf.com

Nouveau taux de taxe : TCFE 0,0094€/kWh à compter du 01/01/2014

#### Pour plus d'informations, connectez-vous sur

[facture.edf.com](http://facture.edf.com)



Mme, M. BOUCHLAGHIM AYAD  
RDC APP1  
68 BOULEVARD DE STRASBOURG  
59000 LILLE



#### Votre facture du 13/01/2014 N° 11 336 487 602

Période du 13/11/2013 au 13/01/2014

Détails au verso

25,31 €

Total TTC

29,32 €

Total Hors TVA

25,31 €

TVA

4,01 €

Prélevé le

28/01/2014

Prochaine facture vers le 13/03/2014 - Prochain relevé vers le 13/05/2014



#### VOS MESSAGES PERSONNELS

Pour que votre prochaine facture soit basée sur votre consommation réelle, il vous suffit de nous transmettre votre relevé de compteur entre le 22/02/2014 et le 10/03/2014 notamment par Internet ou par téléphone (voir coordonnées figurant en haut à gauche).



#### MODALITE DE PAIEMENT : PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Conformément à votre contrat et aux conditions particulières de vente de l'offre que vous avez souscrite, le montant de 29,32€ sera prélevé le 28/01/2014 sur le compte dont les coordonnées figurent ci-dessous :

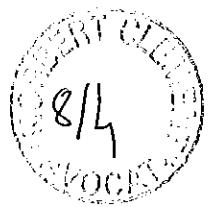
Titulaire du compte : AYAD BOUCHLAGHIM

Nom de la banque : \*\*\*\*\*

Compte bancaire : \*\*\*\*\* 2072666T026 \*\*

Référence Unique de Mandat : ++MM5016777327T0260

En cas de modification de référence de ce compte ou de contestation, merci de vous connecter à votre espace Client [espaceclient.edf.com](http://espaceclient.edf.com) ou de contacter votre conseiller EDF.



S'atteste lebenza ma

Fille à mon domicile

gratuitement depuis 2007

M. Agad Abdelkader Bachay

Rabta

30/1/2019

R

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE



Je désigne M Bouchet Chiray AD, atteste avoir  
été pris en charge, et la prend toujours en charge,  
mais il Bouchet Chiray finaudlement, et  
quand il est seul au bureau, et encore quand il est  
affectionné faire pour salut alergie de  
diabète.

Fait à Paris le 24/04/2012



# Centre Social Marcel Bertrand

"Accueillir - accompagner - promouvoir"

Espace  
Projets!



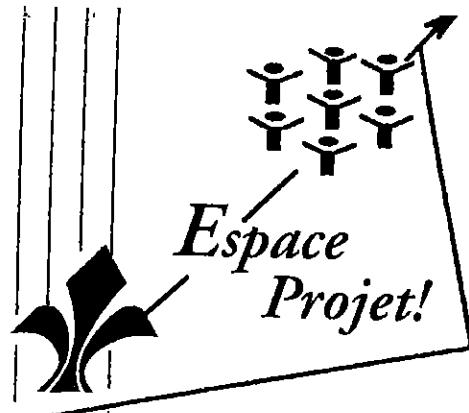
## ATTESTATION

Je soussigné, Frédéric DUPRÉ, directeur du Centre Social Marcel Bertrand, certifie que Madame BOUCHLAGHIM Saïda, demeurant 8/23 rue de Thumesnil à Lille participe depuis le jeudi 3 novembre 2011 au cours d'alphabétisation dispensé tous les jeudis de 9 h à 11 h au sein du centre social.

Pour faire valoir ce que de droit.

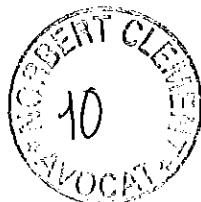
Fait à Lille, le 10 novembre 2011

Le Directeur  
Frédéric DUPRE



# Centre Social Marcel Bertrand

"Accueillir - accompagner - promouvoir!"



## ATTESTATION

Je soussigné, Frédéric DUPRÉ, directeur du Centre Social Marcel Bertrand, certifie que Madame BOUCHLAGHEM Saïda née le 08/10/1981 demeurant 68/1 boulevard de Strasbourg à Lille, participe régulièrement aux cours d'alphabétisation les lundis et jeudis depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2012.

Pour faire valoir ce que de droit.

Fait à Lille, le 28 janvier 2013

Le Directeur  
Frédéric DUPRÉ



## ATTESTATION



*Je soussigné, Michel DEBEIR,*

*Directeur de la MAISON DE QUARTIER MOULINS, certifie que*

*Madame BOUCHLAGHIM Saïda*

*est inscrite à la MAISON DE QUARTIER MOULINS  
depuis le 4 février 2014 pour suivre des cours d'Alphabétisation qui ont lieu  
chaque mardi et jeudi de 9h30 à 11h30.*

*Attestation établie le 06/02/14 pour faire valoir ce que de droit.*

MAISON DE QUARTIER MOULINS  
1 Rue Armand Carrel - BP 423  
59021 LILLE cédex  
Tél. : 03 20 53 45 05 - Fax : 03 20 53 57 50  
*Michel DEBEIR*  
mdqmoulin@wanadoo.fr

33. rue Marguerites,  
Lille



Je soussigné, Jamal BOUZOULT, directeur du magasin d'alimentation MARISANE, situé au 33 rue de mangnies à LILLE, atteste que M<sup>e</sup> BOUCHLAGHEZ sait da s'appropriation négligemment depuis 2009.

Pour faire valoir ce que de droit .

Fait à Lille ,  
le 08.10.2009 .

Bouzoult Jamal



## PHARMACIE DU SUD

JOSEPH TCHATCHOUA NGATCHA

Docteur d'Etat en Pharmacie

592055370

Homéopathie, vétérinaires  
Matériel médical, orthopédie  
Maintien à domicile, espace  
diabète

Du Lundi au Samedi  
De 8H30 à 13H00  
Et de 14H00 à 20H30

### ATTESTATION

Je soussigne JOSEPH TCHATCHOUA NGATCHA  
atteste par la présente que M<sup>me</sup> TSOUCHLAENI  
<Saida> vient à ma pharmacie depuis  
le mois de Mai 2011 acheter diffèrent  
produits pharmaceutiques et ce jusqu'à  
ce jour 5 Novembre 2011.

Je lui fais cette attestation pour servir  
et valoir au besoin de <> .

Lille le 05 Novembre 2011

5 Boulevard de Belfort, 59000 Lille

Tél. 0320526906 - Fax: 0320529329 - Tél. FreeBox: 0870356906

SIRET: 43749816500020 - APE-NAF: 523A - TVA: FR2043749816500020

Email: jtnf@free.fr ; lapharmaciedusud@free.fr

DOCTEUR EN PHARMACIE

5 NOV 2011

5 Boulevard de Belfort

59000 LILLE



1319,14

Service expéditeur : PS/CMU/AME  
Dossier suivi par : C.ALEXANDRE

Mademoiselle Bouchlaghim Saida  
68 Bd De Strasbourg  
Chez Me Bouchlaghim Ayad P1 Ent 68Marcel Bertrand

Date : 15/11/2011

59000 Lille

Nom, Prénom : Bouchlaghim Saida  
Date de naissance : 08/10/1981

Mademoiselle

J'accuse réception de votre demande d'Aide Médicale reçue le 05/11/2011 :  
Vous recevrez dans les meilleurs délais un courrier vous indiquant notre  
décision ou une demande de pièces complémentaires en cas de besoin.

Je dois cependant vous préciser qu'en application des dispositions de l'art 21 de la  
Loi N° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations  
avec l'administration que l'absence de réponse de la Caisse Primaire d'Assurance  
Maladie **dans un délai de 2 mois**, à compter de la date de réception du dossier,  
vaut décision implicite de rejet.

des timbres fiscaux.

Le Technicien

C.ALEXANDRE

4.41.356



**CABINET DES DOCTEURS AZAHAF Yamina ET BETANCOURT Marie**

259, rue Pierre Legrand - 59000 LILLE (métro Marbrerie)

Tél. 03 20 19 68 37

Yamina.AZAHAF@medical59.apicrypt.org

**Docteur Yamina AZAHAF**

*RDV : Lu., Ma., Jeu. toute la journée  
Vend. et Sam. matin*

N° RPPS



10002301231

N° AM



591190905

**Docteur Marie BETANCOURT**

*RDV : Mer. toute la journée et Ven. après-midi*

N° RPPS



10100180578

N° AM



591211693

le 15/01/2012 ~~Yamina~~ Bouchlaghia Saïda

Je soussignée Docteur Azahaf  
Certifie avoir rencontré Melle  
Bouchlaghia Saïda en 2008  
dans mon cabinet médical.

Urgences vitales et cardiaques : composez le 15.

Centre Libéral de Garde : de 20 h à 24 h la semaine et de 8 h 30 à 24 h, week-end et jours fériés au 03 20 87 74 33.  
Membres d'une A.G.A., le règlement par chèque est accepté.



Docteur Henni TARED

MÉDECINE GÉNÉRALE

N° RPPS



10004411525

7, Boulevard de Belfort

59000 LILLE

Métro Ligne N°2

Porte de Valenciennes

Tél. cabinet : 03 20 97 78 77

Consultations :

Lundi : 9 h 30 à 12 h et 17 h 30 - 18 h 30

Mardi, Jeudi : 11 h à 12 h et 17 h à 19 h

Mercredi : 9 h 30 - 12 h

Vendredi : 9 h 30 - 12 h - Après-midi sur RDV

et sur Rendez-vous

Envoi 2012

Le docteur Henni TARED  
atteste par la présente que l'assurance  
ASSURAMMO Sénégal a été ou  
placée par ce cabinet  
dans son cabinet depuis 2011.

Cabinet basé en cours progrès

N° AM :



En cas d'absence veuillez contacter SOS Médecin 03 20 21 91 91

S'il s'agit d'une urgence vitale, composer le 15

Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

2K153754001

*[Handwritten signature]*

Docteur Henni TARED

MÉDECINE GÉNÉRALE

N° RPPS



10004411525



7, Boulevard de Belfort

59000 LILLE

Métro Ligne N°2

Porte de Valenciennes

Tél. cabinet : 03 20 97 78 77

Consultations :

Lundi : 9 h 30 à 12 h et 17 h 30 - 18 h 30  
Mardi, Jeudi : 11 h à 12 h et 17 h à 18 h  
Mercredi : 9 h 30 - 12 h  
Vendredi : 9 h 30 - 12 h - Après-midi sur RDV  
et sur Rendez-vous

2 Nov 2012

Bonjour AG MDR Seulement

Polygone ghy. 2X

Hépatite 4j N8

polyurie 1mo 3j N8

Mélioration 1gla 2j N8

Gastrite 3j N8

8

N° AM :



5 9 1 1 8 4 4 0 3

En cas d'absence veuillez contacter SOS Médecin 03 20 21 91 91

S'il s'agit d'une urgence vitale, composer le 15.

Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.





assuré social BOUCHLAGHIM SAIDA

n° de Sécurité Sociale 8 15 95 00 008 429 07

Pour tout contact ☎ 3646

(prix d'un appel local depuis un poste fixe)



Tous mes remboursements en temps réel,  
sur mon compte

AME2 RUE D IENA B.P. 06  
59851 LILLE CEDEX 9  
0043979505 199496 100  
eco'pli CI 1505 31.10.12 87 LIMOGES CTC

Mme BOUCHLAGHIM SAIDA  
CZ ME BOUCHLAGHIM A P1  
68 BD DE STRASBOURG  
59000 LILLE

Mademoiselle,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 25 06 12 au 08 08 12.  
Ce document regroupe les paiements effectués par votre caisse d'assurance maladie et ceux de votre organisme complémentaire AIDE MEDICALE ETAT.

pour votre information

| dates    | nature des prestations                                    | montant dépense | base du remboursement | taux | montant payé | organisme complémentaire |
|----------|---|-----------------|-----------------------|------|--------------|--------------------------|
|          | pour SAIDA né(e) le 08 10 81                              |                 |                       |      |              |                          |
|          | maladie   |                 |                       |      |              |                          |
|          | ref 5621 1218610020887                                    |                 |                       |      |              |                          |
| 25 06 12 | pharmacie non remboursable (PH7)                          | 7,60            |                       | 100% | 7,60         |                          |
|          | pharmacie non remboursable (PH2)                          | 2,32            |                       | 100% | 2,32         |                          |
|          | pharmacie non remboursable (PH4)                          | 4,98            |                       | 100% | 4,98         |                          |
|          | réglé au destinataire PHARM. GAYDIER : 14,90 euros        |                 |                       |      |              |                          |
|          | ref 5291 1218501026969                                    |                 |                       |      |              |                          |
| 25 06 12 | acte non remboursable (1 C 1,00)                          | 23,00           |                       | 100% | 23,00        |                          |
|          | réglé au destinataire MESSAADI NASSIR : 23,00 euros       |                 |                       |      |              |                          |
|          | ref 5621 1222110011179                                    |                 |                       |      |              |                          |
| 05 08 12 | acte non remboursable (1 UPH 0,00)                        |                 |                       | 100% | 4,00         |                          |
|          | pharmacie non remboursable (PH7)                          | 25,26           |                       | 100% | 25,26        |                          |
|          | acte non remboursable (1 CPH 0,00)                        | 0,15            |                       | 100% | 0,15         |                          |
|          | réglé au destinataire PHARMACIE DE L ARTOIS : 29,41 euros |                 |                       |      |              |                          |
|          | ref 5621 1222310008183                                    |                 |                       |      |              |                          |
| 08 08 12 | pharmacie non remboursable (PH7)                          | 2,66            |                       | 100% | 2,66         |                          |
|          | réglé au destinataire PHARMACIE DE L ARTOIS : 2,66 euros  |                 |                       |      |              |                          |
|          | ref 5291 1224403054912                                    |                 |                       |      |              |                          |
| 08 08 12 | acte non remboursable (1 C 1,00)                          | 23,00           |                       | 100% | 23,00        |                          |
|          | réglé au destinataire DUBREMETZ CLAUDINE : 23,00 euros    |                 |                       |      |              |                          |

0040 V 10.28.01

BOULEVARD DE BELFORT  
BP 387  
59020 LILLE CEDEX 020  
N° Finess : 590797353

LILLE CEDEX 020, le 05/08/2012

**BULLETIN DE SITUATION**

|                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| Nom et Prénom      | <b>BOUCHLAGHIM SAIDA</b> |
| Nom de Jeune Fille | <b>BOUCHLAGHIM</b>       |
| N° d'entrée        | <b>12187682</b>          |

|        |                   |   |
|--------|-------------------|---|
| Née le | <b>01/10/1981</b> | à |
|--------|-------------------|---|

|  |   |
|--|---|
| Adresse :  | 68/1 BOULEVARD DE STRASBOURG<br><br>59000 LILLE<br>N° S.S. : 815950000842907    |
| Nom et Prénom de l'assuré :                            |   |
| Médecin responsable :                                  | DR. BOUQUILLON JEAN   |
| Débiteur 1 :   | 015950009<br>CPAM DE LILLE-DOUAI<br>2 RUE D'IENA<br>BP 649<br>59024 LILLE CEDEX |
| Centre de paiement : 545<br>Fin de droits : 04/11/2012 | Taux de PEC :   |
| Risque :   |   |
| Date d'admission :                                     | 05/08/2012  |
| Date de sortie :                                       |   |
| Actes supérieurs au seuil :                            |   |



Toute correspondance en retour à ce courrier  
devra être adressée à :  
Centre de paiement 545  
CPAM de Lille-Douai  
2 rue d'Iena  
BP 649  
59024 LILLE CEDEX  
Téléphone : 03 59 46 22

groupe Hospitalier  
de l'Institut Catholique de Lille

## ACCUEIL DES URGENCES



Docteur Jean BOUQUILLON  
*Chef de Service*

Docteur Enrique CORDOVA  
Docteur Thomas DEVELTER  
Docteur Sophie DESRUMAUX  
Docteur Khalid REGANY  
Docteur Murielle SOEN  
*Médecins des Hôpitaux*

Docteur Adodo ABOKI  
Docteur Nathalie GNEBA  
*Assistants Généralistes*

Mme Séverine DIOUF  
*Cadre de Santé*  
03 20 87 48 23

*Accueil Urgences*  
03 20 87 48 22

*Secrétariat*  
Mme Anne HENNO  
03 20 87 45 09

*Unité d'Hospitalisation*  
03 20 87 45 43

*Fax*  
03 20 87 48 26

**PSYCHIATRES :**  
Professeur Vincent DODIN  
Docteur Benoît COVIAUX  
Docteur Marion HENDRICKX  
Docteur Lucie BRELINSKI  
Docteur Laetitia DELBOS  
Docteur Edwick ELIA  
Docteur Philippe DECOUSSE

**PSYCHOLOGUE**  
Madame Claudie ROUSSEL

*Secrétariat d'Unité d'Accueil*  
*Médico-Psychologique*  
03 20 87 45 77

*Standard*  
03 20 87 48 48

Le 5 août 2012

Cher Confrère,

Votre patient (e) M<sup>me</sup> BOUCHLAGHEM Saïda  
A été admis dans le service pour le motif suivant :

- Dysphagie + odynophagie associée à une dyspnée minimale.
- EC : amygdales érythémateuses, œdématisées et strictrictes (+)
- RXT normale

Le diagnostic retenu est : angine bactérienne

Traitements de sortie proposé : AUGMENTIN 1g 3/jours per os pendant 7 jours

- SOLUPRED 40 mg 1/j per os le matin pendant 3 jours
- INEXIOM 20 mg 1/j per os le soir pendant 3 jours

Veuillez croire, Cher Confrère, en l'expression de mes sentiments respectueux

Docteur VANPARÉ

- Il serait souhaitable que le patient soit revu dans . jours
- Veuillez prendre rendez-vous dans le service de Tél

- Les fils sont à retirer dans . jours
- Statut des vaccinations anti-tétaniques

Hôpital Saint Vincent de Paul

Boulevard de Belfort - BP 387 - 59020 Lille Cedex - Tél : 03 20 87 48 48

SIRET 77562424000195 - APE 851 A - CCP 527.79N LILLE

Métro (ligne 2) : station Porte de Valenciennes

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE

# groupe Hospitalier

de l'Institut Catholique de Lille



## ACCUEIL DES URGENCES

Docteur Jean BOUQUILLON  
*Chef de Service*

Docteur Enrique CORDOVA  
Docteur Sophie DESRUMAUX  
Docteur Thomas DEVELTER  
Docteur Khalid REGANY  
Docteur Murielle SOEN  
*Médecins des Hôpitaux*

Docteur Adodo ABOKI  
Docteur Nathalie GNEBA  
*Assistants Généralistes*

Mme Séverine DIOUF  
*Cadre de Santé*  
03 20 87 48 23

*Accueil Urgences*  
03 20 87 48 22

*Secrétariat*  
Mme Anne HENNO  
03 20 87 45 09

*Unité d'Hospitalisation*  
03 20 87 45 43

*Fax*  
03 20 87 48 26

PSYCHIATRES :  
Professeur Vincent DODIN  
Docteur Benoît COVIAUX  
Docteur Marion HENDRICKX  
Docteur Lucie BRELINSKI  
Docteur Laetitia DELBOS  
Docteur Edwick ELIA  
Docteur Philippe DECOUSSER

PSYCHOLOGUE  
Madame Claudie ROUSSEL

*Secrétariat d'Unité d'Accueil  
Médico-Psychologique*  
03 20 87 45 77

*Standard*  
03 20 87 48 48

le 5.08.2012

Nicole BOUCHAGHIAN Faïda

- (1) AUGMENTATION 1g 3/jour per os pendant 3 jours
- (2) SOLUPRED 40 mg/jour per os le matin pendant 3 jours
- (3) INJECTION 20 mg 1/jour per os le soir pendant 3 jours

Toute contre-indication ou réaction à ce traitement  
est à retourner au :

G H I C L

HÔPITAL SAINT VINCENT DE PAUL  
ACCUEIL DES URGENCES  
Boulevard de Belfort - BP 387  
59020 LILLE Cedex  
Tél. 03 20 87 48 48

*Signature*

Hôpital Saint Vincent de Paul

Boulevard de Belfort - BP 387 - 59020 Lille Cedex - Tél : 03 20 87 48 48

SIRET 77562424000195 - APE 851 A - CCP 527.79N LILLE

Métro (ligne 2) : station Porte de Valenciennes

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE



Docteur C. BOURGOIN DUBREMETZ

50, rue Léon Gambetta  
59000 LILLE

- Consultations de 9 h à 10 h 30
  - Rendez-vous de 7 h à 9 h et de 13 h 30 à 19 h

Tél. : 03 20 30 81 19

8-8 2012

Nº APPS:



10002224524

R - HR

Baile Lughainn Saidigh

- Alprazolam 0,50 =  $\frac{1}{2}$  moins de Paracétamol au télaphedr 166

—

| मात्रा    | प्रति वर्षीय उत्पादन | प्रति वर्षीय खरीद | प्रति वर्षीय बिक्री |
|-----------|----------------------|-------------------|---------------------|
| मिलियन टन | मिलियन टन            | मिलियन टन         | मिलियन टन           |
| २०१७      | १.८                  | १.८               | १.८                 |
| २०१८      | १.८                  | १.८               | १.८                 |

תְּמִימָנֶה בְּלֹא-מִזְרָחָה נִזְמָנָה בְּלֹא-מִזְרָחָה  
בְּלֹא-מִזְרָחָה בְּלֹא-מִזְרָחָה NEAM תְּמִימָנֶה

Pour une visite à domicile, téléphoner si possible ayant 9 heures.  
Membre d'une association de gestion agréée, règlement par chèque accepté.

591102140



Demandeur : BOUCHLAGHIM SAIDA  
N° d'identification : 8 15 95 00 008 429 07

Pour tout contact : ☎ 3646  
(prix d'un appel local depuis un poste fixe)

AME2 RUE D IENA B.P. 06  
59851 LILLE CEDEX 9  
0028678766 148539 100  
eco'pli CI 1505 13.09.12 13 MARS LES DOCKS PPDC  
Mme BOUCHLAGHIM SAIDA  
CZ ME BOUCHLAGHIM A P1  
68 BD DE STRASBOURG  
59000 LILLE

### **Objet : Renouvellement des droits à l'Aide Médicale d'Etat**

Le 07/09/2012

Mademoiselle,

Vos droits à l'aide Médicale de l'Etat (AME) arrivent à échéance le 04/11/2012. Cette prestation a également été attribuée aux membres de votre foyer désignés ci-dessous :

| Prénom | Nom         | Date de naissance |
|--------|-------------|-------------------|
| SAIDA  | BOUCHLAGHIM | 08/10/1981        |

Le renouvellement de vos droits est soumis à une condition de résidence <sup>(1)</sup>.

Pour assurer la prolongation de vos droits, je vous invite à déposer votre demande auprès du point d'accueil le plus proche de votre domicile **dans un délai d'un mois** à compter de la réception de cette lettre :

- 0066V20.01.00
- l'imprimé de demande <sup>(2)</sup> à joindre impérativement avec une photo d'identité récente (format 3,5 x 4,5 cm) ainsi que celle de chacune des personnes à votre charge âgées de plus de 16 ans. Vous pouvez télécharger cet imprimé sur notre site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) en cliquant sur le lien « Formulaires » dans la partie « Accès rapide » - « Vous êtes assuré »
  - les documents attestant de votre **résidence stable et effective en France** (passeport comportant la date d'entrée en France, copie du contrat de location ou d'une quittance de loyer datant de plus de trois mois, facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone datant de plus de trois mois, photocopie de l'avis d'imposition ou de non imposition ...),



# l'Assurance Maladie

LILLE - DOUAI

Service . AME



Service expéditeur : GDC/CMU/AME  
Dossier suivi par : GAGLIARDO MARTINE  
8 1595000084 23 lot.

Mademoiselle BOUCHLAGHIM SAIDA  
CZ ME BOUCHLAGHIM A P1  
68 BD DE STRASBOURG  
59000 LILLE

Date : 28 septembre 2012

REÇU LE

Nom, Prénom :  
Date de naissance :

23 OCT. 2012

**CPAM LILLE-DOUAI  
ACCUEIL**

Mademoiselle,

Pour faire suite à votre demande d'Aide Médicale reçue le 18/09/2012, je vous serais obligé(e) de bien vouloir me retourner le présent document accompagné des pièces désignées ci-dessous :

- carte d'identité et passeport
- traduction (par un traducteur assermenté) d'un extrait de l'acte de naissance ou du livret de famille du demandeur et de ses bénéficiaires
- carte VITALE (et/ou) attestation de droits
- justificatifs de résidence en France durant les trois mois précédent la date de la demande : quittance de loyer, facture EDF, téléphone ou attestation d'hébergement
- justificatifs de toutes les ressources du foyer (imposables et non imposables) y compris celles des enfants de moins de 25 ans vivant sous votre toit, perçues au cours des 12 mois civils précédent la date de la demande , soit du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
- imprimés joints à compléter intégralement, (références : \_\_\_\_\_)
- carte de séjour ou convocation de la préfecture
- carte ou numéro d'allocataire à la Caisse d'Allocations Familiales
- relevé d'identité bancaire
- un justificatif de votre présence en France depuis plus de 3 mois ou si vous êtes scolarisée un certificat de l'établissement.

Sans réponse de votre part dans un délai de TRENTE JOURS, votre dossier sera classé sans suite.  
Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Le Technicien

GAGLIARDO MARTINE

04.2008

4.41.357

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lille-Douai  
Siège :  
2, rue d'Iéna - 59000 Lille  
www.ameli.fr

Site de Douai :  
125, rue Saint Sulpice - 59508 Douai





1272,06

Service expéditeur : PS/CMU/AME  
Dossier suivi par : M.GAGLIARDO

Mademoiselle Bouchlaghim Saida  
68 Bd De Strasbourg  
Appt 1

59000 Lille

Date : 28/09/2012

Nom, Prénom : Bouchlaghim Saida  
Date de naissance : 08/10/1981

Mademoiselle

J'accuse réception de votre demande d'Aide Médicale reçue le 18/09/2012 .

Vous recevrez dans les meilleurs délais un courrier vous indiquant notre décision ou une demande de pièces complémentaires en cas de besoin.

Je dois cependant vous préciser qu'en application des dispositions de l'art 21 de la Loi N° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec l'administration que l'absence de réponse de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dans un délai de 2 mois, à compter de la date de réception du dossier, vaut décision implicite de rejet.

Le Technicien

M.GAGLIARDO

4.41.356



maison médicale «moulins»

médecine générale

167-169, rue d'errras - 59000 lille

tél. : 03 20 86 06 50

g 11 R

dr b. donnet  
59 1 20191 8

dr c. henry  
59 1 09997 3

dr m.j. martin  
59 1 17581 8

dr n. messaadi  
59 1 13372 3

dr b. riff  
59 1 09173 1

me Bouchayh m. Sari délé 71 Kog.  
examen physique faire  
partie lauré pas de conseil  
avocat à une preuve de  
la force

consultations et rendez-vous:  
tous les jours de 8 h 30 à 19 h - le samedi de 9 h à 12 h.  
Membre de l'Ordre a.g.a., le règlement des honoraires par chèque est accepté.

20/0



CARTE FAMILIALE D'ADMISSION A L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT



Prise en charge

100% des soins dans la limite  
Des tarifs de responsabilité ;  
Forfait journalier.

Nom : Salda  
Prénom : Bouchlaghim  
Immatriculation : 8 15 95 00 008 429 | 07  
Date de naissance : 08/10/81  
Adresse : 68 Bd De Strasbourg  
z : Appt 1  
59000 Lille

Droits AME du : 05/11/12 au 04/11/13  
Caisse d'assurance maladie : CPAM de Lille-Douai

Code régime : 95 n° mutuelle : 76500017 Code contrat : 04



# l'Assurance Maladie

LILLE - DOUAI

Service expéditeur : GDC/CMU/AME  
Dossier suivi par : ALEXANDRE CEDRIC

Mademoiselle BOUCHLAGHIM SAIDA  
0068 BD DE STRASBOURG  
CZ ME BOUCHLAGHIM A P1  
59000 LILLE

Date : 20 novembre 2012

Nom, Prénom :

Date de naissance :



Mademoiselle,

Pour faire suite à votre demande d'Aide Médicale reçue le 18/09/2012, je vous serais obligé(e) de bien vouloir me retourner le présent document accompagné des pièces désignées ci-dessous :

- carte d'identité et passeport
- traduction (par un traducteur assermenté) d'un extrait de l'acte de naissance ou du livret de famille du demandeur et de ses bénéficiaires
- carte VITALE (et/ou) attestation de droits
- justificatifs de résidence en France durant les trois mois précédent la date de la demande : quittance de loyer, facture EDF, téléphone ou attestation d'hébergement
- justificatifs de toutes les ressources du foyer (imposables et non imposables) y compris celles des enfants de moins de 25 ans vivant sous votre toit, perçues au cours des 12 mois civils précédent la date de la demande , soit du            au
- imprimés joints à compléter intégralement, (références :            )
- carte de séjour ou convocation de la préfecture
- carte ou numéro d'allocataire à la Caisse d'Allocations Familiales
- relevé d'identité bancaire
- le justificatif de présence en France reçu par courrier le 30/10/2012 n'est pas recevable , veuillez joindre un justificatif de présence en France ( consultation , ordonnance médicale , cours d'alphabetisation ) pour les mois de juin , juillet et août 2012.

Sans réponse de votre part dans un délai de TRENTE JOURS, votre dossier sera classé sans suite.  
Veuillez agréer, Mademoiselle, l'expression de mes sentiments distingués.

Le Technicien

ALEXANDRE CEDRIC

04.2008

4.41.357

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lille-Douai

Siège :  
2, rue d'Iéna - 59000 Lille  
www.ameli.fr

Site de Douai :  
125, rue Saint Sulpice - 59508 Douai





Docteur Henni TARED

MÉDECINE GÉNÉRALE

N° RPPS



10004411525

7, Boulevard de Belfort

59000 LILLE

Métro Ligne N°2

Porte de Valenciennes

Tél. cabinet : 03 20 97 78 77

Consultations :

Lundi : 9 h 30 à 12 h et 17 h 30 - 18 h 30

Mardi, Jeudi : 11 h à 12 h et 17 h à 19 h

Mercredi : 9 h 30 - 12 h

Vendredi : 9 h 30 - 12 h - Après-midi sur RDV

et sur Rendez-vous

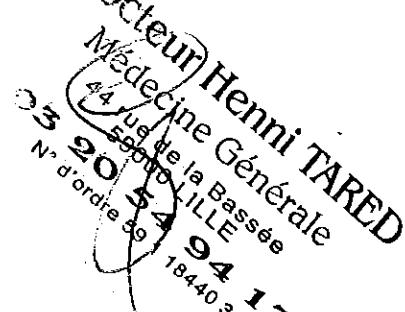
26/12/12

februari 2012  
forsympati Henni Tared

Alles goed op en verbaal.

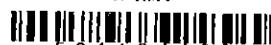
Tel. Soirée Belfort 03 20 97 78 77 en

Surgeur 2012



2K156787001

N° AM :



5 9 1 1 8 4 4 0 3

En cas d'absence veuillez contacter SOS Médecin 03 20 21 91 91

S'il s'agit d'une urgence vitale, composer le 15.

Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.

**Docteur Henni TARED**

MÉDECINE GÉNÉRALE

N° RPPS



10004411525

Consultations :

Lundi : 9 h 30 à 12 h et 17 h 30 - 18 h 30

Mardi, Jeudi : 11 h à 12 h et 17 h à 19 h

Mercredi : 9 h 30 - 12 h

Vendredi : 9 h 30 - 12 h - Après-midi sur RDV  
et sur Rendez-vous

7, Boulevard de Belfort

59000 LILLE

Métro Ligne N°2

Porte de Valenciennes

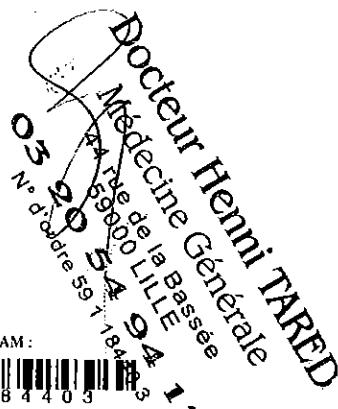
Tél. cabinet : 03 20 97 78 77



21/12/2012

je souffre, Celleci avec un  
en résultat de plusieurs fes, en

2009, j'ell devient hiver aider



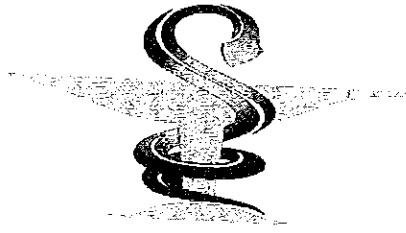
2K156787001

En cas d'absence veuillez contacter SOS Médecin 03 20 21 91 91

S'il s'agit d'une urgence vitale, composer le 15.

Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.





## PHARMACIE DU SUD

JOSEPH TCHATCHOA NGATCHA

Docteur d'Etat en Pharmacie

592055370

Homéopathie, vétérinaires  
Matériel médical, orthopédie  
Maintien à domicile, espace  
diabète

Du Lundi au Samedi  
De 8H30 à 21H00  
Non stop

### ATTESTATION

Je soussigné JOSEPH TCHATCHOA NGATCHA  
Pharmacien titulaire de la pharmacie  
du Sud à Lille, atteste par ce  
présent que BOUCHLAGHTI Saida  
possède à la pharmacie à acheter des  
produits pharmaceutiques et cela  
depuis 2010.

Je lui fais cette attestation pour  
servir et valoir du besoin sera.

5 Boulevard de Belfort, 59000 Lille

Tél. 0320526906 - Fax: 0320529329 - Tél. FreeBox: 0950356906

SIRET: 750 963 621 00016 - APE-NAF: 4773Z - TVA:FR12750963621

Email: jtnf@free.fr ; lapharmaciedusud@free.fr

Lille le 8/10/13  
JOSEPH TCHATCHOA NGATCHA  
DOCTEUR EN PHARMACIE  
592055370



# ATTESTATION

**BOUCHERIE DE LA PLACE V**  
11 Place Vanhoenacker  
59000 LILLE  
Tél. 06 88 13 32 58  
06 48 24 18 46

Le sanguin - M<sup>r</sup> Elmasudi Ali, gerant de  
la boucherie Ali, Atteste par la presente  
que : Boucheron SAID est un client habile  
de mon etablissement depuis 2010.  
Attestation fait pour valoir à la gare  
de Lille.

**BOUCHERIE DE LA PLACE V**  
11 Place Vanhoenacker  
59000 LILLE  
Tél. 06 88 13 32 58  
06 48 24 18 46

Am 08/01/2013



**MAISON MEDICALE MOULINS Jean-Daniel  
ESCANDE**

Dr Donnet - Dr Riff - Dr Martin - Dr Messaadi - Dr Henry  
167-169 rue d'Arras  
59000 LILLE  
03 20 86 06 50

**Docteur Nassir MESSAADI**  
591133723

M. BOUCHLAGHIM Saida  
11/01/2013

(DCI) Paracétamol Comprimé 1 g  
1 comprimé à renouveler si besoin au bout de 6 heures minimum pendant 10 jours.  
Avaler avec un peu d'eau, de lait ou jus de fruit. 3b.

**DACRYOSERUM LOT OCULAIRE 150ML**  
1 à 3 lavages oculaires par jour.  
Utiliser dans les 4 semaines après ouverture.

Nombre de produits : 2

PHARMACIE DU SUD  
Joseph T.N.  
DOCTEUR EN PHARMACIE  
11 JAN. 2013

5, Bd de Belfort - 59000 LILLE  
Tél : 03 20 52 69 06 - Fax : 03 20 52 93 29  
59 200 LILLE

**Docteur VERMELLE PASCAL**  
CHIRURGIEN-DENTISTE  
129 ,Boulevard Victor HUGO  
59000 LILLE  
**03.20.52.55.52**  
**594019127**



LILLE, le 23/01/2013

*Monsieur saida BOUCHLAGHIM ()*

Certifie que Melle Saida Bouchlaghim est  
patiente du cabinet depuis le 8 .

*Pascal Vermelle*

|   |
|---|
| <b>Docteur Pascal VERMELLE</b><br>Chirurgien-Dentiste<br>129 Bd Victor Hugo - 59000 LILLE<br>Tél. 03 20 52 55 52<br>N° 59 4 01912 7 |
|---|

# **CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE**

**DU FAUBOURG DE DOUAI**

**Docteur ServaisTOMAVO**

**95 RUE DU FAUBOURG DE DOUAI  
59000 LILLE**

**Tél: 03.20.52.87.50**

**Fax: 03.20.52.87.97**



**Radiologie numérique**

**Ostéodensitométrie**

**Mammographie**

**Cone Beam**

**Radiologie Dentaire**

**Dentascanner**

**Echographie**

**Scanner**

**Echographie Doppler**

**Nom : BOUCHALGHIM Saida**

**Examen du : 20 avr. 2013**

## CABINET D'IMAGERIE MÉDICALE

• Radiologie numérique et conventionnelle • Échographie • Echo Doppler Couleur • Scanner •  
• Dentascanner • Ostéodensitométrie • Cone Beam •

95, RUE DU FAUBOURG DE DOUAI  
59000 LILLE  
Tél. 03.20.52.87.50 – Fax 03.20.52.87.97  
Métro : Porte de Douai ; Bus : Liane 1, Arrêt Porte de Douai

Docteur Servais TOMAVO

59 111 227 1



Mme BOUCHALGHIM Saida  
68, Bvd de Strasbourg  
59000 LILLE

Lille, le 20/04/2013

Dr KARRAT

SVB/DRST

**RADIOGRAPHIE DU THORAX :**  
Bilan d'une dyspnée. Cliché numérique de face.  
PDS : 29  $\mu$ Gym<sup>2</sup>.

Absence de lésion pleuro-parenchymateuse d'allure évolutive.

Aspect normal de la silhouette cardio-médiastinale.

Bien Cordialement,

Docteur Servais TOMAVO.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "S. TOMAVO".

LILLE-DOUAI

Page 1/2



Demandeur : BOUCHLAGHIM SAIDA  
N° d'identification : 8 15 95 00 008 429 07

Pour tout contact : ☎ 3646  
(prix d'un appel local depuis un poste fixe)

AME2 RUE D IENA B.P. 06  
59851 LILLE CEDEX 9  
0345929555 196589 100  
eco'pli CI 1505 10.09.13 87 LIMOGES CTC  
Mme BOUCHLAGHIM SAIDA  
CZ ME BOUCHLAGHIM A P1  
68 BD DE STRASBOURG  
59000 LILLE

**Objet : Renouvellement des droits à l'Aide Médicale d'Etat**

Le 06/09/2013

Mademoiselle,

Vos droits à l'aide Médicale de l'Etat (AME) arrivent à échéance le 04/11/2013. Cette prestation a également été attribuée aux membres de votre foyer désignés ci-dessous :

| Prénom | Nom         | Date de naissance |
|--------|-------------|-------------------|
| SAIDA  | BOUCHLAGHIM | 08/10/1981        |

Le renouvellement de vos droits est soumis à une condition de résidence (1).

0066V2001.00

Pour assurer la prolongation de vos droits, je vous invite à déposer votre demande auprès du point d'accueil le plus proche de votre domicile **dans un délai d'un mois** à compter de la réception de cette lettre :

- l'imprimé de demande (2) à joindre impérativement avec une photo d'identité récente (format 3,5 x 4,5 cm) ainsi que celle de chacune des personnes à votre charge âgées de plus de 16 ans. Vous pouvez télécharger cet imprimé sur notre site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) en cliquant sur le lien « Formulaires » dans la partie « Accès rapide » - « Vous êtes assuré »
- les documents attestant de votre **résidence stable et effective en France** (passeport comportant la date d'entrée en France, copie du contrat de location ou d'une quittance de loyer datant de plus de trois mois, facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone datant de plus de trois mois, photocopie de l'avis d'imposition ou de non imposition ...),

16241

2897055929555401



# l'Assurance Maladie

LILLE - DOUAI



AME

|                     |                       |                       |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| Demandeur           | BOUCHLAGHIM SAIDA     | Mme BOUCHLAGHIM SAIDA |
| Date de naissance   | 08/10/1981            |                       |
| N° d'identification | 8 15 95 00 008 429/07 | 68/1 BD DE STRASBOURG |
| Dossier suivi par   | CAROLE LOURDEL        | 59000 LILLE           |
| Le                  | 26/09/2013            |                       |

Objet                   **Accusé réception demande d'Aide Médicale Etat**

Madame ,

J'accuse réception de votre demande d'Aide Médicale reçue le 26/09/2013.

Vous recevrez dans les meilleurs délais un courrier vous indiquant notre décision ou une demande de pièces complémentaires en cas de besoin. Je dois cependant vous préciser qu'en application des dispositions de l'article 21 de la loi n°000.321 du 12 avril 2000, relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec l'administration que l'absence de réponse de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dans un délai de 2 mois, à compter de la date de réception du dossier, vaut décision implicite de rejet.

Je vous prie d'agrérer, l'assurance de ma considération distinguée.

Le technicien

**AME**

|                     |                       |                       |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| Demandeur           | BOUCHLAGHIM SAIDA     | Mme BOUCHLAGHIM SAIDA |
| N° d'identification | 8 15 95 00 008 429/07 |                       |
| Date de naissance   | 08/10/1981            | 68/1 BD DE STRASBOURG |
| Dossier suivi par   | CEDRIC ALEXANDRE      | 59000 LILLE           |
| Le                  | 19/11/2013            |                       |

Objet **Lettre de Relance - Carte d'admission à l'Aide Médicale Etat**

M.,

Dans mon courrier du 17/10/2013, je vous informais que votre carte d'admission à l'Aide Médicale Etat était disponible dans votre Caisse d'Assurance Maladie.

Grâce à cette carte, vous pourrez :

- Justifier vos droits auprès des Professionnels de Santé
- Eviter l'avance de vos frais de santé.

Afin de recevoir votre carte d'admission à l'Aide Médicale Etat, je vous prie de vous présenter à l'accueil de votre caisse d'Assurance Maladie, 2, rue D'Iéna 59000 - LILLE, dans un délai d'un mois, muni(e) de ce courrier

*le mercredi de 12<sup>h</sup>30 à 16<sup>h</sup>00*

Avec toute notre attention,

*le jeudi de 8<sup>h</sup>00 à 11<sup>h</sup>30*

Votre correspondant :

CEDRIC ALEXANDRE

Important :

- Cette carte ne pourra être délivrée qu'à son titulaire. En aucun cas, elle ne pourra être remise à un tiers (1)
- Les personnes majeures de votre foyer doivent venir elles-mêmes retirer leur carte individuelle. Elles peuvent venir en même temps que vous ou après.

(1) Article 2 du décret n° 2005-860 du 28/07/2005



assuré social BOUCHLAGHIM SAIDA

n° de Sécurité Sociale 8 15 95 00 008 429 07

Pour tout contact ☎ 3646

(prix d'un appel local depuis un poste fixe)

AME2 RUE D'IENA B.P. 06

59851 LILLE CEDEX 9

0102514736 399453 100

eco'pli CI 1505 21.05.13 87 LIMOGES CTC



Tous mes remboursements en temps réel,  
sur mon compte

Mlle BOUCHLAGHIM SAIDA  
CZ ME BOUCHLAGHIM A P1  
68 BD DE STRASBOURG  
59000 LILLE

Mademoiselle,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 31 12 12 au 18 04 13.

Ce document regroupe les paiements effectués par votre caisse d'assurance maladie et ceux de votre organisme complémentaire AIDE MEDICALE ETAT.

pour votre information

| dates    | nature des prestations                               | montant dépense | base du remboursement | taux | montant payé | organisme complémentaire |
|----------|--|-----------------|-----------------------|------|--------------|--------------------------|
|          | pour SAIDA né(e) le 08 10 81                         |                 |                       |      |              |                          |
|          | maladie  |                 |                       |      |              |                          |
|          | ref 5621 1300710003884                               |                 |                       |      |              |                          |
| 02 01 13 | pharmacie non remboursable (PH4)                     | 3,73            |                       |      |              |                          |
|          | pharmacie non remboursable (PH2)                     | 2,95            |                       |      |              |                          |
|          | pharmacie non remboursable (PH7)                     | 6,06            |                       |      |              |                          |
|          | réglé au destinataire PHARMACIE DU SUD : 12,74 euros |                 |                       |      |              |                          |
|          | ref 5291 1300404031959                               |                 |                       |      |              |                          |
| 31 12 12 | acte non remboursable (1 C 1,00)                     | 23,00           |                       |      |              |                          |
|          | réglé au destinataire TARED HENNI : 23,00 euros      |                 |                       |      |              |                          |
|          | ref 5621 1301610005504                               |                 |                       |      |              |                          |
| 11 01 13 | pharmacie non remboursable (PH4)                     | 3,02            |                       |      |              |                          |
|          | pharmacie non remboursable (PH7)                     | 6,06            |                       |      |              |                          |
|          | réglé au destinataire PHARMACIE DU SUD : 9,08 euros  |                 |                       |      |              |                          |
|          | ref 5291 1301604046950                               |                 |                       |      |              |                          |
| 11 01 13 | acte non remboursable (1 C 1,00)                     | 23,00           |                       |      |              |                          |
|          | réglé au destinataire MESSAADI NASSIR : 23,00 euros  |                 |                       |      |              |                          |
|          | ref 5621 1308010014049                               |                 |                       |      |              |                          |
| 18 03 13 | pharmacie non remboursable (PH4)                     | 11,54           |                       |      |              |                          |
|          | réglé au destinataire PHARM. GAYDIER : 11,54 euros   |                 |                       |      |              |                          |
|          | ref 5621 1309910001355                               |                 |                       |      |              |                          |
| 06 04 13 | pharmacie non remboursable (PH2)                     | 17,49           |                       |      |              |                          |
|          | pharmacie non remboursable (PH7)                     | 11,26           |                       |      |              |                          |
|          | réglé au destinataire PHARMACIE DU SUD : 28,75 euros |                 |                       |      |              |                          |

0040 V 10.28.01

250005051473601404



assuré social BOUCHLAGHIM SAIDA  
n° de Sécurité Sociale 8 15 95 00 008 429 07

Pour tout contact ☎ 3646

(prix d'un appel local depuis un poste fixe)



Tous mes remboursements en temps réel,  
sur [mon compte](#)

AME2 RUE D'IENA B.P. 06  
59851 LILLE CEDEX 9  
0346371821 198075 100  
eco'pli CI 1505 11.09.13 87 LIMOGES CTC

Mme BOUCHLAGHIM SAIDA  
CZ ME BOUCHLAGHIM A P1  
68 BD DE STRASBOURG  
59000 LILLE

Mademoiselle,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 05 08 12 au 20 06 13.

Ce document regroupe les paiements effectués par votre caisse d'assurance maladie et ceux de votre organisme complémentaire AIDE MEDICALE ETAT.

pour votre information

| dates    | nature des prestations                                    | montant dépense | base du remboursement | taux | montant payé | organisme complémentaire |
|----------|---|-----------------|-----------------------|------|--------------|--------------------------|
|          | pour SAIDA né(e) le 08 10 81                              |                 |                       |      |              |                          |
|          | maladie   |                 |                       |      |              |                          |
|          | ref 5291 1310204023939                                    |                 |                       |      |              |                          |
| 18 03 13 | acte non remboursable (1 C 1,00)                          | 23,00           |                       | 100% | 23,00        |                          |
|          | <b>réglé au destinataire HENRY CLAUDINE : 23,00 euros</b> |                 |                       |      |              |                          |
|          | ref 5621 1314340001374                                    |                 |                       |      |              |                          |
| 16 05 13 | pharmacie non remboursable (PH7)                          | 42,92           |                       | 100% | 42,92        |                          |
|          | <b>réglé au destinataire PHARM. GAYDIER : 42,92 euros</b> |                 |                       |      |              |                          |
|          | ref 5291 1312204082917                                    |                 |                       |      |              |                          |
| 06 04 13 | acte non remboursable (1 C 1,00)                          | 23,00           |                       | 100% | 23,00        |                          |
|          | <b>réglé au destinataire KARRAT NAJIMA : 23,00 euros</b>  |                 |                       |      |              |                          |
|          | ref 5291 1313504077954                                    |                 |                       |      |              |                          |
| 15 04 13 | acte non remboursable (1 C 1,00)                          | 23,00           |                       | 100% | 23,00        |                          |
|          | <b>réglé au destinataire KARRAT NAJIMA : 23,00 euros</b>  |                 |                       |      |              |                          |
|          | ref 5291 1314204093920                                    |                 |                       |      |              |                          |
| 20 04 13 | acte non remboursable (1 ADI 0,00)                        | 25,92           |                       | 100% | 25,92        |                          |
|          | <b>réglé au destinataire TOMAVO SERVAIS : 25,92 euros</b> |                 |                       |      |              |                          |
|          | ref 5291 1314304035921                                    |                 |                       |      |              |                          |
| 16 05 13 | acte non remboursable (1 C 1,00)                          | 23,00           |                       | 100% | 23,00        |                          |
|          | <b>réglé au destinataire RIFF BERTRAND : 23,00 euros</b>  |                 |                       |      |              |                          |
|          | ref 5621 1317610001913                                    |                 |                       |      |              |                          |
| 20 06 13 | pharmacie non remboursable (PH2)                          | 5,83            |                       | 100% | 5,83         |                          |
|          | pharmacie non remboursable (PH7)                          | 9,74            |                       | 100% | 9,74         |                          |

0040 V 10.28.01

290505897182162409

Pour trouver des infos santé fiables et claires, je vais sur [ameli-sante.fr](#)



assuré social BOUCHLAGHIM SAIDA

n° de Sécurité Sociale 8 15 95 00 008 429 07

Pour tout contact ☎ 3646

(prix d'un appel local depuis un poste fixe)



Tous mes remboursements en temps réel,  
sur mon compte.



AME2 RUE D'IENA B.P. 06  
59851 LILLE CEDEX 9

0140795509 566974 150  
eco' pli CI 1505 22.01.14 59 LILLE PIC

Mlle BOUCHLAGHIM SAIDA  
CZ ME BOUCHLAGHIM A P1  
68 BD DE STRASBOURG  
59000 LILLE

Mademoiselle,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 02 09 13 au 03 12 13.

Ce document regroupe les paiements effectués par votre caisse d'assurance maladie et ceux de votre organisme complémentaire AIDE MEDICALE ETAT.

**pour votre information**

| dates    | nature des prestations   | montant dépense              | base du remboursement | taux | montant payé | organisme complémentaire                         |
|----------|--|------------------------------|-----------------------|------|--------------|--|
|          | pour SAIDA né(e) le 08 10 81<br>maladie<br>ref 5621 1326110021520  |                              |                       |      |              | taux prix  |
| 12 09 13 | pharmacie non remboursable (PH4)<br>pharmacie non remboursable (PH4)<br>pharmacie non remboursable (PH7)<br>pharmacie non remboursable (PH7) | 5,48<br>6,06<br>2,02<br>3,04 |                       |      |              | 100% 5,48<br>100% 6,06<br>100% 2,02<br>100% 3,04 |
|          | <b>réglé au destinataire PHARM. GAYDIER : 16,60 euros</b>  |                              |                       |      |              |  |
|          | ref 5291 1326004078901   |                              |                       |      |              |  |
| 12 09 13 | acte non remboursable (1 C 1,00)   | 23,00                        |                       |      |              | 100% 23,00                                       |
|          | <b>réglé au destinataire MESSAADI NASSIR : 23,00 euros</b>   |                              |                       |      |              |  |
|          | ref 5291 1326004077953   |                              |                       |      |              |  |
| 02 09 13 | acte non remboursable (1 C 1,00)   | 23,00                        |                       |      |              | 100% 23,00                                       |
|          | <b>réglé au destinataire DONNET BERANGERE : 23,00 euros</b>  |                              |                       |      |              |  |
|          | ref 5631 1328310001590   |                              |                       |      |              |  |
| 07 10 13 | acte non remboursable (1 B 117,00)<br>acte non remboursable (1 TB 1,50)  | 31,59<br>3,78                |                       |      |              | 100% 31,59<br>100% 3,78                          |
|          | <b>réglé au destinataire LABORATOIRE SECONDAIRE NO RD BIOLO. : 35,37 euros</b>   |                              |                       |      |              |  |
|          | ref 5621 1334010000793   |                              |                       |      |              |  |
| 03 12 13 | pharmacie non remboursable (PH7)<br>pharmacie non remboursable (PH2)<br>pharmacie non remboursable (PHN)                                     | 19,56<br>2,91<br>18,90       |                       |      |              | 100% 19,56<br>100% 2,91                          |
|          | <b>réglé au destinataire GRANDE PHARMACIE DES HALL ES : 22,47 euros</b>  |                              |                       |      |              |  |



Pour trouver des infos santé fiables et claires, je vais sur [ameli-sante.fr](http://ameli-sante.fr)

**CARTE FAMILIALE D'ADMISSION A L'AIDE MEDICALE ETAT**



Nom **BOUCHLAGHIM**  
Prénom **SAIDA**  
Immatriculation **8 15 95 00 008 429/07**  
Date de naissance **08/10/1981**  
Adresse **68/1 BD DE STRASBOURG**

**59000 LILLE**

Droit AME du **05/11/2013** au **04/11/2014**

| Prise en charge 100%<br>des soins dans la limite<br>des tarifs de<br>responsabilité | Caisse d'assurance<br>maladie     | Code<br>régime | N°<br>Mutuelle  | Code<br>contrat |
|---|-----------------------------------|----------------|-----------------|-----------------|
|   | <b>CPAM</b><br><b>LILLE-DOUAI</b> | <b>95</b>      | <b>75500017</b> | <b>04</b>       |

Forfait journalier



**BENEFICIAIRES SUPPLEMENTAIRES**

| Nom et prénom des<br>autres bénéficiaires | Né(e) le | Qualité | Droits AME |
|---|----------|---------|------------|
|---|----------|---------|------------|

Date début      Date fin

TOUTE PERSONNE TROUVANT CETTE CARTE EST INVITEE A LA DEPOSER AUPRES  
D'UNE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE. POUR TOUT RENSEIGNEMENT  
COMPLEMENTAIRE VOUS POUVEZ JOINDRE UN TELECONSEILLER EN COMPOSANT  
LE 36 46 (PRIX D'UN APPEL LOCAL DEPUIS UN POSTE FIXE)

MAISON MEDICALE MOULINS  
Jean-Daniel ESCANDE  
Dr Henry Dr Martin Dr Riff Dr Messaadi Dr Donnet  
167, rue d'Arras  
59000 LILLE  
03 20 86 06 50

Docteur Nassir Messaadi  
591133723

Dr Nassir Messaadi  
Moulin Medical Center  
167, rue d'Arras  
59000 LILLE  
03 20 86 06 50  
00417053



Je soussignée certifie que Madame Saida BOUCHLAGHIM née le 08.10.1981  
est régulièrement suivie au cabinet depuis le Trois Fevrier 2012.

Certificat remis en mains propres à l'intéressée pour faire valoir ce que de droit

Le Jeudi 06 Février 2014

Dr Nassir Messaadi  
Moulin Medical Center  
167, rue d'Arras  
59000 LILLE  
03 20 86 06 50

# ATTESTATION

① Nom : Bouchlaghim ..... Prénom : Ayad .....  
Date et lieu de naissance : 01/01/1948 Attaissa N.A.P.C Nationalité : Marocaine .....  
Adresse : 6.8.1.1 Bld de Strasbourg 59000 Lille .....  
Lien de parenté ou d'alliance : parent ..... Profession : Retraité .....

Relation des faits à établir de la main du témoin

②



Je soussigné, n° Bouchlaghim. Ayad.

Atteste par la présente que ma fille  
n° Bouchlaghim. SAIDA, Née le 08/01/1981  
au Maroc est présente sur le territoire  
français à Lille avec sa famille.  
depuis 2007

Fait pour l'alon de droit

③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice,  
toute fausse déclaration de ma part m'expose à des  
sanctions pénales

④ Date : 05/02/2014 Signature ↓  
Ayad

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

FEUILLET DE DEMANDE DE CARTE DE SÉJOUR

PÉFECTURE NORD

DOSSIER N° EIS0009808  
05/01/1989  
ENTRÉE EN FRANCE

NOM (M. ) BOUCHLAGHIM

PRÉNOMS AYAD  
NÉ(E) LE 01/01/1948 MTALESSA NADOR  
PÈRE BOUCHLAGHIM A ABDULKADER  
MÈRE AYATI FATIMA  
NATIONALITÉ MAROCAINE  
SITUATION DE FAMILLE MARIE  
ADRESSE (CHEZ) 68 1 BOULEVARD DE STRASBOURG  
59000 LILLE

N° 5903084389



A DEMANDE LE RENOUVELLEMENT DE SON TITRE DE SÉJOUR  
DONT LA FIN DE VALIDITÉ EXPIRE LE 20/02/2014  
CE RECEPISSE N'EST VALABLE QU'ACCOMPAGNE DE CE TITRE  
DE SÉJOUR N. 5903084389 DELIVRE A LILLE

IL AUTORISE SON TITULAIRE À TRAVAILLER.



FAIT A  
LE

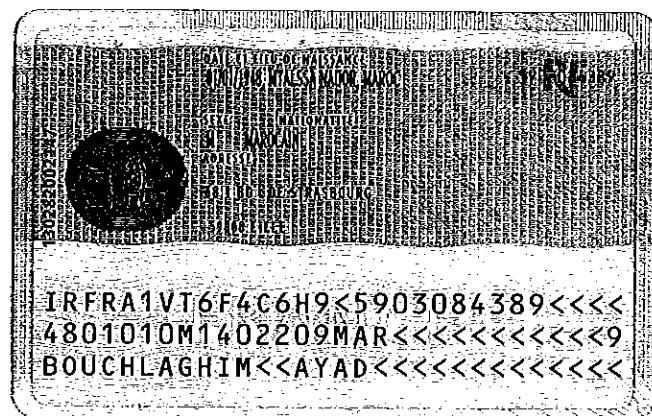
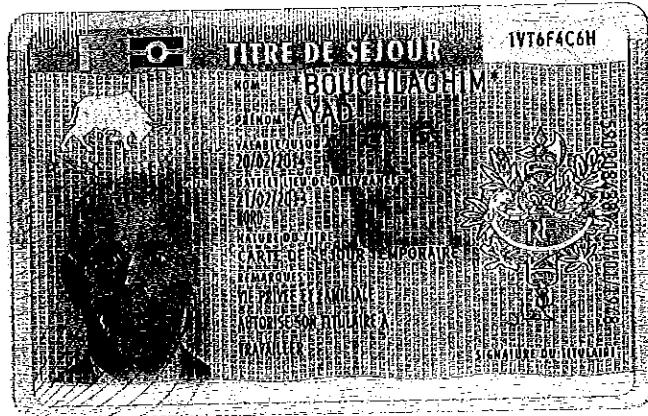
17/01/2014

VALABLE JUSQU'AU  
20439310

16/04/2014

SIGNATURE  
DU TITULAIRE

SLAS



1VT6F4C6H9<5903084389<<<  
4801010M1402209MAR<<<<<<<<<9  
BOUCHLAGHIM<<AYAD<<<<<<<<<

## ATTESTATION

① Nom : BOUCHLAGHIM ..... Prénom : RABI'A .....  
Date et lieu de naissance : 00/00/1959 ..... Nationalité : MAROCAINE .....  
Adresse : 68/1 Bd. de STRASBOURG ..... 59000 LILLE .....  
Lien de parenté ou d'alliance : SA MER ..... Profession : SANS .....

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je soussignée, M<sup>me</sup> BOUCHLAGHIM RABI'A,  
atteste par la présente que M<sup>lle</sup> BOUCHLAGHIM SAÏDA,  
née le 08/10/1981 au Maroc, est présente sur le  
territoire français à Lille avec sa famille  
depuis 2007.

Fait pour valoir ce que de droit.



③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice,  
Toute déclaration de ma part m'expose à des sanctions  
pénales .

④ Date : 01-02-14 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)

18/2

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
REÇEPISSÉ DE DEMANDE DE CARTE DE SÉJOUR

PÉFECTURE NORD  
DOSSIER N° EIS0009802  
ENTRÉE EN FRANCE 18/01/2008

N° 5903122586

NOM BOUCHLAGHÉM  
(ÉPOUSE) BOUCHLAGHIM  
PRÉNOMS RABIA  
NÉ(E) LE 00/00/1959 METALSSA  
PÈRE BOUCHLAGHÉM MOHAND  
MÈRE MOHAND HADDA  
NATIONALITÉ MAROCAINE  
SITUATION DE FAMILLE MARIÉE  
ADRESSE (CHEZ) 68 BOULEVARD DE STRASBOURG PORTE 1  
59000 LILLE



A DEMANDE LE RENOUVELLEMENT DE SON TITRE DE SÉJOUR  
DONT LA FIN DE VALIDITÉ EXPIRE LE 29/01/2014  
CE RECEPISSE N'EST VALABLE QU'ACCOMPAGNE DE CE TITRE  
DE SÉJOUR N. 5903122586 DELIVRÉ A LILLE

IL AUTORISE SON TITULAIRE À TRAVAILLER.



FAIT A  
LE

LILLE  
17/01/2014

16/05/2014

VALABLE JUSQU'AU

20438678

SIGNATURE  
DU TITULAIRE

n'a pas d'attache familial au maroc

+



TSFRABOUCHLAGHEM<<RABIA<<<<<<<<<  
5931225865MAR5900002F1201295<<<<<19



N° de la carte: 00-00-59 à METALSSA  
Pays: MAROC  
Nationalité: MAROCAINE  
Sexe: F  
Date d'émission française: 18-01-08  
Adresse:  
68 BD DE STRASBOURG PORTE 1  
59000 LILLE  
Signature du titulaire:

TOUJOURS ASSURÉ DE LA SÉCURITÉ DE LA RESIDENCE  
DURANT LA DUREE DE LA CARTE (24 MOIS)  
DU JOUR DE LA DECLARATION JUSQU'AU JOUR  
DE LA RATTRAPAGE AU MONTANT DU POURCENTAGE

# ATTESTATION

① Nom : BOUCHLAGHIM ..... Prénom : Mohamed .....  
Date et lieu de naissance : 16.09.75 ..... Nationalité : Marocaine .....  
Adresse : 8123 rue de Thumesnil 59000 LILLE .....  
Lien de parenté ou d'alliance : Son Frere ..... Profession : Travaux - Public

Relation des faits à établir de la main du témoin

②



je soussigné 1<sup>er</sup> BOUCHLAGHIM Mohamed,  
atteste sur l'honneur que Saïda BOUCHLAGHIM  
née le 08 octobre 1981 au Maroc , est présente  
sur le territoire français depuis 2007.

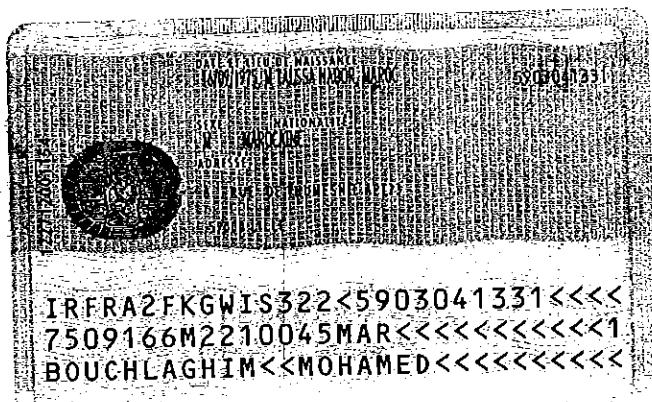
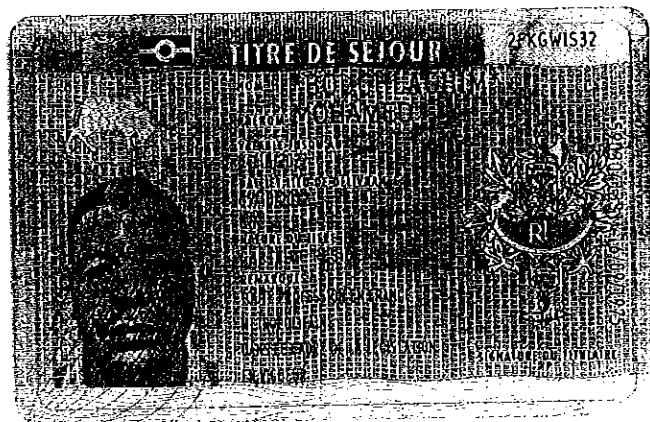
Fait pour valoir ce que de droit.

③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales .

④ Date : 01.08.14 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)



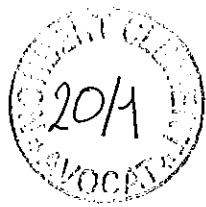
# ATTESTATION

① Nom : Bouchaghim ..... Prénom : A.Bdelkader .....  
Date et lieu de naissance : le 25.09.84 ..... Nationalité : Morocain .....  
Adresse : 158 rue Clemenceau APT 4 59139 Wattignies ..... Ville .....  
Lien de parenté ou d'alliance : frère ..... Profession : travailleur publicitaire

## Relation des faits à établir de la main du témoin

② Je soussignée, Mme Bouchaghim A.B delkader, atteste,  
par la présente que Mme Bouchaghim saida, née  
le 08/10/1981 au Maroc, est présente sur le  
territoire français à Lille avec sa famille  
depuis 2007.

Fait pour valoir ce que le droit,



③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

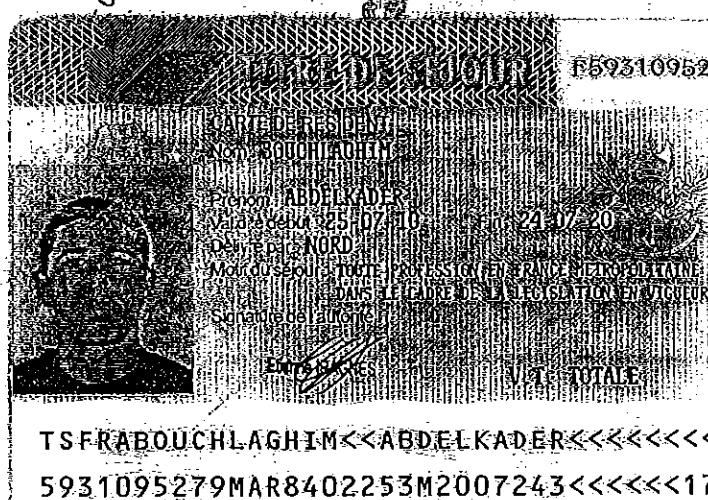
Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales.

④ Date : 04.02.2014 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)

Le frere de Saida Bouchlaghim,

Atteste que ma Soeur n'a personne Au pays d'origine, donte Sa famille est en France.



Abdelkader

|  |   |
|--|---|
| Né(e)s 29/02/84 à METLAÏSA   | Pays MAROC  |
| Nationalité MAROCAINE  | Date d'enregistrement 01/01/00                        |
| Sexe M   | Adresse 158 RUE CLÉMENT CEAU AP 14<br>69139 MATHONNES |
| Signature autorisée  |   |
| Toute demande de renouvellement ou de changement de document sera soumise au préfet du département |   |

# ATTESTATION

① Nom : Bouchlaghim ..... Prénom : SAïda .....  
Date et lieu de naissance : 22/12/1991 A.WADEN ..... Nationalité : Marocaine .....  
Adresse : 681/1 bld de stne Stromeyer ..... 59000 LILLE .....  
Lien de parenté ou d'alliance : Fille ..... Profession : Salarie .....

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je Soussigne bouchlaghim SAïda .  
Atteste par la présente que Mme bouchlaghim  
SAïda née le 08/10/1981 Au Maroc , est  
présente sur le territoire français.  
a lille avec sa famille depuis 2007

Fait pour Valoir de droit .



③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette Attestation est destiné a être produite en Justice  
toute fausse déclaration de ma part m'expose à des  
Sanctions pénales.

④ Date : 05/02/2014 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)

**RÉCÉPISSE DE DEMANDE DE CARTE DE SÉJOUR**



5908011736

PREFECTURE NORD  
DOSSIER N° E150009801  
ENTRÉE EN FRANCE 26/02/2008

NOM (M. ) BOUCHLAGHIM  
PRÉNOMS SAID  
NÉE LE 22/12/1991 A METALSA  
PÈRE BOUCHLAGHIM AYAD  
MÈRE BOUCHLAGHEM RABIA  
NATIONALITÉ MAROCAINE CELIBATAIRE  
SITUATION DE FAMILLE 68 1 BOULEVARD DE STRASBOURG  
ADRESSE (CHEZ)

59000 LILLE

A DEMANDE LE RENOUVELLEMENT DE SON TITRE DE SÉJOUR  
DONT LA FIN DE VALIDITÉ EXPIRE LE 06/01/2014  
CE RÉCÉPISSE N'EST VALABLE QU'ACCOMPAGNE DE CE TITRE  
DE SÉJOUR N. 5908011736 DELIVRÉ À LILLE

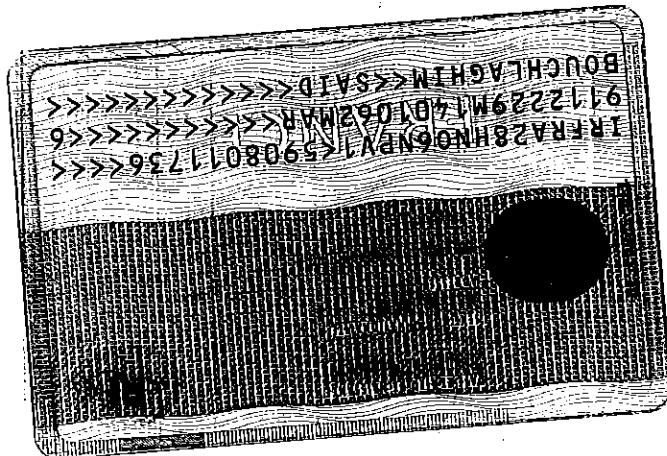
IL AUTORISE SON TITULAIRE À TRAVAILLER.

SIGNATURE ET CACHET DE L'AUTORITÉ  
D.I.D. 26/02/2014  
FAIT À LILLE  
LE 05/02/2014  
VALIDÉ JUSQU'AU 04/05/2014  
20439567

SIGNATURE  
DU TITULAIRE







# ATTESTATION

① Nom : Bouchlaghim ..... Prénom : N.A.D.i.A.....  
Date et lieu de naissance : 03/05/1981 ..... Nationalité : Marocaine .....  
Adresse : 6811 Bd de strasbourg ..... 59000 Lille .....  
Lien de parenté ou d'alliance : Soeur ..... Profession : Lyceenne .....

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je Soussigne. Nde bouchlaghim NA.DIA

A Heste sur l'honneur par la présence que  
Nde bouchlaghim SAida née le 08/10/1981 au  
Maroc, est présente sur le territoire  
français à Lille. Avec sa famille depuis 2007

fait pour Véloine de droit



③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

cette attestation est destinée à être produite en justice  
toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions  
pénales.

④ Date : 05/02/2014 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)



Signature du titulaire

Signature de l'autorité

Pour le Préfet,  
et par délégation  
Le Chef de Bureau

Valéry TAQUET



RF

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**DOCUMENT DE CIRCULATION**

POUR ÉTRANGER MINEUR

N° 5908011735

Nom BOUCHI ACHIM

Prénom NADIA

Né(e) le 03/05/1998

METALSA

Sexe F

Nationalité MAROCAINE

Adresse 68 BD DE STRASBOURG

59000 LILLE

Document valable jusqu'au 02/05/2016

Délivré le 23/01/2013

par LA PREFECTURE DE LILLE

RF

RF

# ATTESTATION

① Nom : Mourad ..... Prénom : El HASSAN .....  
Date et lieu de naissance : 16/02/74 à MAROC Nationalité : .....  
Adresse : 14 Rue Charles De Gaulle 57000 LILLE .....  
Lien de parenté ou d'alliance : A.S.F. ..... Profession : Salarie .....

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

J<sup>e</sup> Soussigne M. Mourad EL HASSAN

Atteste par la présente que  
23/10/81 Bouahlephim Sidi Maït

Le : 08/09/82 au MAROC

est présente sur le Territoire  
français au titre avec sa famille  
depuis 1981

Fait pour motif de fin de droit

③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse  
déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en  
justice. Toute fausse déclaration de ma part  
me expose à des sanctions pénales.

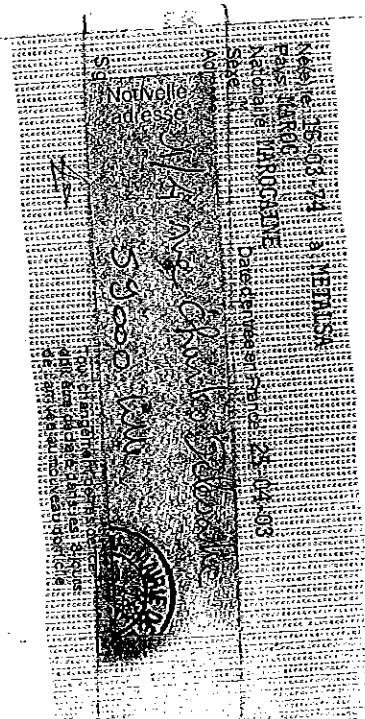
④ Date : 01/09/82 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)

F595082781



A circular stamp with the number 23/2 handwritten in the center.



# ATTESTATION

① Nom : ...Bouchlaghem..... Prénom : ...Iliasse.....  
Date et lieu de naissance : ...27/10/1983... à Lille... Nationalité : ...FRANÇAISE.....  
Adresse : ...1,... rue de l'École St Louis... 59000 Lille.....  
Lien de parenté ou d'alliance : ...Cousin..... Profession : ...étudiant.....

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je soussigné , M. Bouchlaghem Iliasse,  
atteste par la présente que Mme Bouchlaghem Saïda,  
née le 08/01/1981 au Maroc, est présente  
sur le territoire français à Lille avec sa  
famille depuis début 2007.

Fait pour valoir ce que de droit .



③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice,  
toute fausse déclaration de ma part m'expose à  
des sanctions pénales .

④ Date : 04/02/2014 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ N° : 080359502343 Nationalité Française

Bi Nom : BOUCHLAGHEM

Prénom(s) : ILIASSE

Sexe : M Né(e) le : 27.10.1993

à : LILLE

Signature  
du titulaire

IDFRABOUCHLAGHEM<<<<<<<<595134

0803595023432ILIASSE<<<<<9310276M7



L'usager de la CARTE

Sigillement de l'autorité :

Par : PRÉFECTURE DU NORD (59)

Délivré le : 10.03.2008

Carte valable jusqu'au : 09.03.2018

LILLE (59)

Adresse : 1 RUE DE MAMER LES MARCHES DU MOUTON

# ATTESTATION

① Nom : derkaoù ..... Prénom : Boujamaâa .....  
Date et lieu de naissance : 00/00/1958 Maroc Nationalité : Marocaine .....  
Adresse : 26 rue clémenceau apt 31 59000 LILLE .....  
Lien de parenté ou d'alliance : Cousin ..... Profession : / .....

Relation des faits à établir de la main du témoin

② Je déclare que M<sup>r</sup> derkaoù Boujamaâa, atteste sur  
l'honneur que saïda Bouchlaghm née le 08/10/1981  
au Maroc, est présente sur le territoire français  
depuis début 2007.

Fait pour valoir ce  
que de droit.

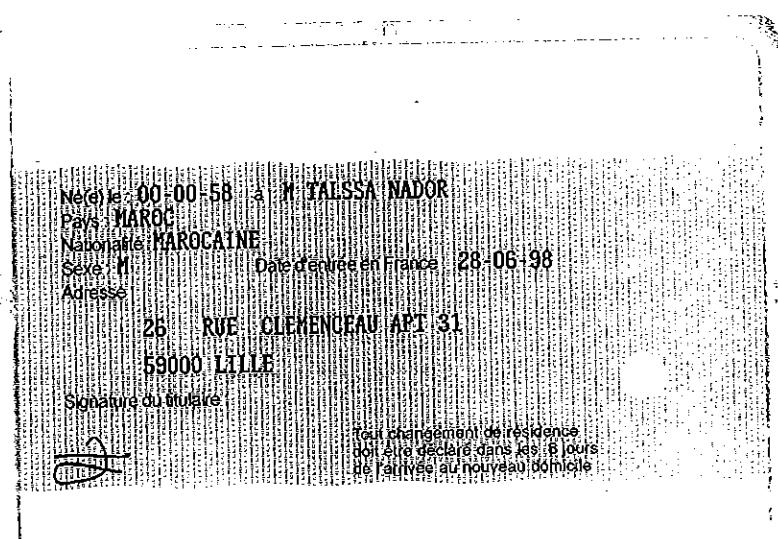


③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse  
déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute  
fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions  
pénales

④ Date : 05/02/14 Signature ↴

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport)



# ATTESTATION

① Nom : Bachlaghem ..... Prénom : Hamza .....  
Date et lieu de naissance : 21/03/1988 ..... Nationalité : française .....  
Adresse : 58/1 Boulevard de Strasbourg ..... Lille .....  
Lien de parenté ou d'alliance : Cousin ..... Profession : .....

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je saurais signer Mr Bachlaghem Hamza.

Atteste sur l'honneur que Saïda Bachlaghem  
née le 08/10/1981 au Maroc, est présente sur le  
territoire français depuis début 2007.

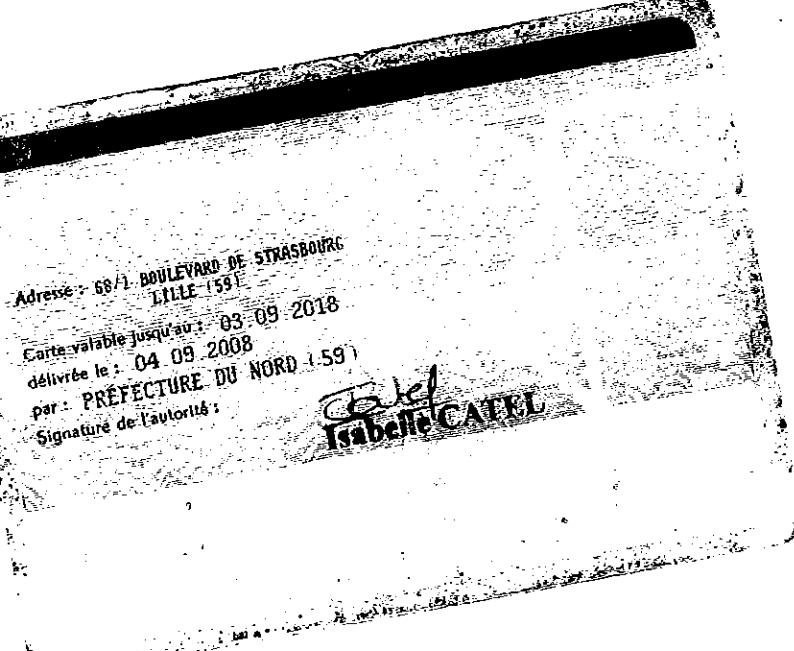
Fait valoir ce que le droit.



③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

④ Date : 01/02/14 Signature ↓



## ATTESTATION

① Nom : Mr Zayoun ..... Prénom : Mostafa .....  
Date et lieu de naissance : 07/05/82 Tanger Nationalité : Marocaine  
Adresse : 162 rue du Boitelet Tourcoing  
Lien de parenté ou d'alliance : Cousin ..... Profession : /

Relation des faits à établir **de la main** du témoin

② Mr soussigne Mr Zayoun Mostafa,  
Atteste sur l'honneur que Saïda  
Bouchlaghime née le 08/10/1981 au  
Maroc ; est présente sur le territoire  
Français depuis début 2007.

Fait pour valoir ce que le  
droit.



③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

④ Date : 01/02/14 Signature



Né(e) le : 07-05-82 à : TANGER  
Pays : MAROC  
Nationalité : MAROCAINE  
Sexe : M Date d'entrée en France : 20-04-06  
Adresse :

162 RUE DU POITELLET  
59200 TOURCOING

Signature du titulaire

*(Signature)*  
Tout changement de résidence  
doit être déclaré dans les 8 jours  
de l'arrivée au nouveau domicile

F593108475

CARTÉ DE RÉSIDENT

Nom : ZAYOUN

Prénom : MOSTAFA

Validité début : 13-06-10

Fin : 12-06-20

Délivré par : NORD

Motif du séjour : TOUTE PROFESSION EN FRANCE MÉTROPOLITAINE  
DANS LE CADRE DE LA LEGISLATION EN VIGUEUR

Signature de l'autorité

V.T. TOTALE



TSFRAZAYOUN << MOSTAFA <<<<<<<<<<<  
5931084754MAR8205074M2006121 <<<<<13

# ATTESTATION

① Nom : Bouchlaghem ..... Prénom : Redouane .....  
Date et lieu de naissance : 30/05/80.....Planoc ..... Nationalité : Marocaine .....  
Adresse : 42 rue de Solférino.....Rabat .....  
Lien de parenté ou d'alliance : Cousine ..... Profession : \_\_\_\_\_

## Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je soussignée 1<sup>e</sup> Bouchlaghem Redouane,

Atteste sur l'honneur que Siria Bouchlaghem,  
née le 08/10/1981 au Planoc; est présente sur le  
territoire Français depuis début 2007.

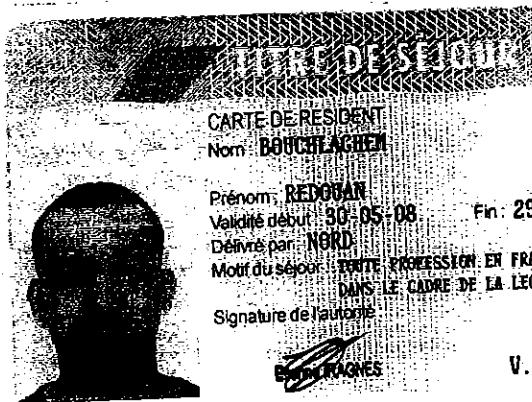
Fait pour valoir ce que de droit.



③ Recopier la phrase : *Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales*

④ Date : 04/02/14 Signature

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)



TSFRABBOUCHLAGHEM<<REDOUAN<<<<<<<<  
5930424524MAR8005300M1805291<<<<15



Né(e) le : 30-05-80 à TANGER  
Pays : MAROC  
Nationalité : MAROCAINE

Sexe : M Date d'entrée en France : 03-09-96

Adresse : CHEZ MR BOUCHLAGHEM

42 RUE SOLFERINO

59100 ROUBAIX

Signature du titulaire

Tout changement de résidence  
doit être déclaré dans les 8 jours  
de l'arrivée et l'avant au domicile

# ATTESTATION

① Nom : ...Bouchlaghem..... Prénom : ...Mohamed.....  
Date et lieu de naissance : ...25.10.1992..... Nationalité : ...français.....  
Adresse : ...68/1 Boulevard de strasbourg...Lille.....  
Lien de parenté ou d'alliance : ...Cousin..... Profession : .....

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je saurais signe Mr Bouchlaghem Mohamed,  
Atteste sur l'honneur de Bouchlaghem Saïda  
née le 08/10/1981 au Maroc, est présente sur  
le territoire français depuis début 2007.

fait valoir ce que le droit.

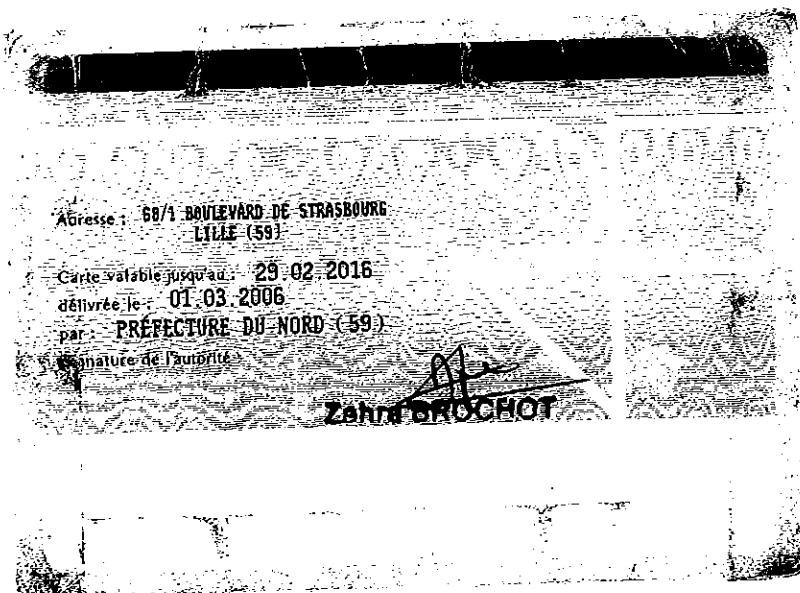


③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice  
toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions  
pénales.

④ Date : 01/02/14 Signature ↓

Mohamed



# ATTESTATION

① Nom : ... Bouchlaghem ..... Prénom : El-Bachir .....  
Date et lieu de naissance : 01/03/1966 au Maroc Nationalité : Marocaine  
Adresse : .... Al-Rue de l'École 17 Lomé 03800 Ville  
Lien de parenté ou d'alliance : Cousin ..... Profession : Chef d'équipe.

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je soussigné, M. Bouchlaghem El-Bachir,  
atteste par la présente que Mme Bouchlaghem  
Saïda née le 08/10/1988 au Maroc est  
présente sur le territoire français à Lille  
avec sa famille depuis 2007

Fait pour malice ce que de droit

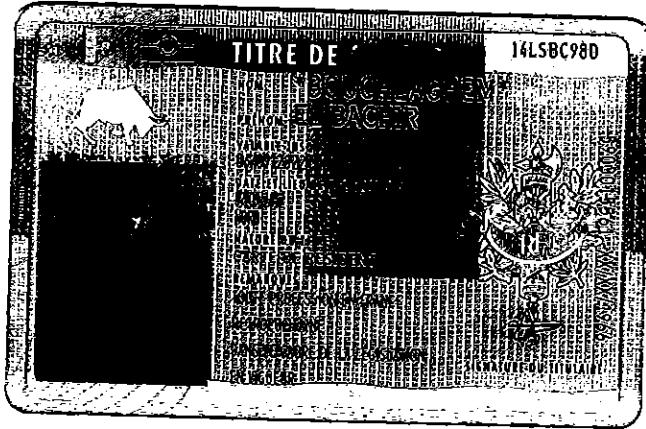


③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice,  
toute fausse déclaration de ma part m'expose à des  
sanctions pénales.

④ Date : 04/02/2014 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)



## ATTESTATION

① Nom : BOUCHLAGHEM ..... Prénom : MOHTAR .....  
Date et lieu de naissance : 05/08/1988 ..... Nationalité : MAROC .....  
Adresse : 386 Rue de l'ARRIBISSEAU, 59000 Lille .....  
Lien de parenté ou d'alliance : Conjoint ..... Profession : Travaux Publics

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je m'assigne, M. BOUCHLAGHEM MOHTAR,  
atteste par la présente que Mme BOUCHLAGHEM SAÏDA,  
née le 08/01/1981 au Maroc, est présente sur le territoire  
français à Lille avec sa famille depuis 2007.

Fait pour valoir ce que de droit,



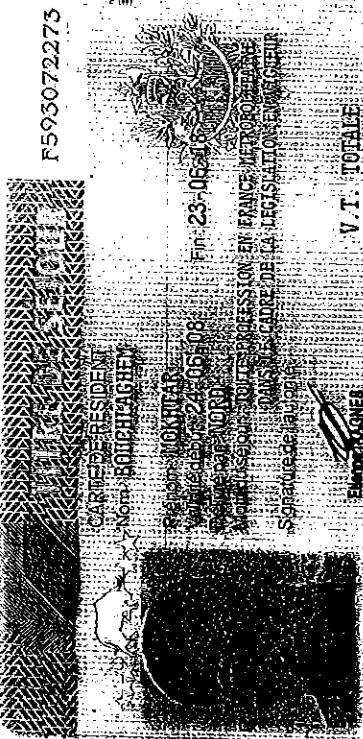
③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales.

④ Date : 04/08/14 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)

F593072273



CARTE DE PENSION  
NON BOURGEOISE

PERIODIQUE QUARTANNE  
DU 22 NOV 1968

EN 23-08-68

SECTION DE LA PRESSE EN FRANCE ET D'OUTRE-MER  
DU SECRÉTARIAT D'ETAT A LA COHESION DES COMMUNES  
LE GOUVERNEMENT

Sous la direction de

V.T. TOTAL

TSFRABOUCHEM <NOKHTAR<<<<<<

5930722736 MAR6808057W1806232<<<<19



*[A large, handwritten signature or mark, possibly a personal signature or a stamp, written over the circular postmark.]*

## ATTESTATION

① Nom : Mr Boudlaghem ..... Prénom : chakir .....  
Date et lieu de naissance : 24 - 11 - 80 Tanger Nationalité : MAROCAINE .....  
Adresse : 14 place Vanhaezebrouck Lille .....  
Lien de parenté ou d'alliance : COUSIN ..... Profession : .....  
Relation des faits à établir de la main du témoin

② Me Soussigne Mr Boudlaghem Chakir,  
Atteste sur l'honneur que Saïda  
Boudlaghime née le 08/10/1981 au  
Maroc; est présente sur le territoire  
français depuis début 2007.

Fait pour valoir ce que le  
droit.



③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

④ Date : 04/02/14 Signature ↓

A handwritten signature in black ink, appearing to be a name, written over the date 04/02/14.

F593045140

CARTE DE RESIDENT

Nom: BOUCHLAGHEM

Prénom: CHAKIR

Validité début: 24-11-08 Fin: 23-11-18

Délivré par: NORD

Motif du séjour: TOUTE PROGRESSION EN FRANCE METROPOLITAINE  
DANS LE CADRE DE LA LEGISLATION EN VIGUEUR

Signature de l'autorité:

EL HADDOUGHE

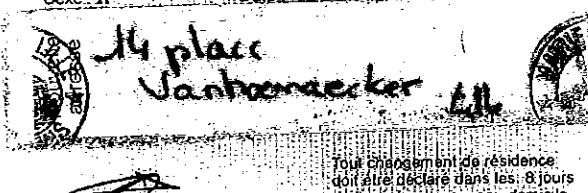
V.T. TOTALE

TSFRABOUCHELM <<<CHAKIR <<<<<<<<

5930451401MAR8011244M1811238 <<<<13



Né(e) le: 24-11-80 à TANGER  
Pays: MAROC  
Nationalité: MAROCAINE  
Sexe: M Date d'enregistrement: 00-03-06



Tout changement de résidence  
doit être déclaré dans les 8 jours  
de l'arrivée au nouveau domicile

# ATTESTATION

① Nom : BOUCHLAGHEM ..... Prénom : ALLAL .....  
Date et lieu de naissance : 00/00/68 ..... Nationalité : Marocaine .....  
Adresse : 141 Rue Mencomen 59100 Roubaix .....  
Lien de parenté ou d'alliance : Sœur ..... Profession : Salarie .....

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je déclare que M BOUCHLAGHEM ALLAL ,  
atteste par la présente que Mlle Saida ,  
née le 08/10/1981 au Maroc , est présente sur le  
territoire français à Lille avec sa famille depuis 2007 .

Fait pour valoir ce que de droit



③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales .  
Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales .

④ Date : 21/01/14 Signature ↓

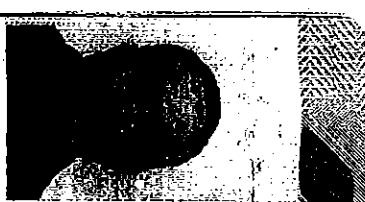
⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)

LAURE DES JOUR

F590006987

CARTE D'IDENTITE  
Nom patronyme

FREDERIC ALLAL  
Ville de naissance : PARIS  
Date de naissance : 19/03/1981  
Numéro d'identification : 590006987

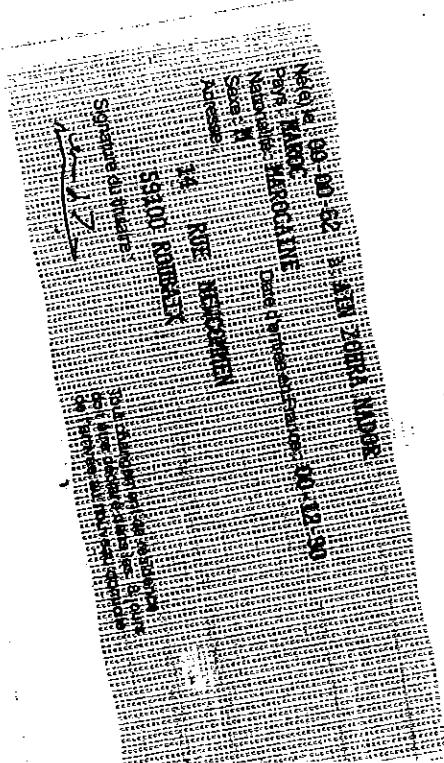
Signature :   
Signature au dos : 

VILLE

TSFRABOUCHLAGHEM <<ALLAL <<<<<<<<<  
5900069872MAR6200008M2012191 <<<<<19

Je suis le fils de l'ancien  
de saide .

2 Lett, S



# ATTESTATION

① Nom : EL HAMMOUCHI Mézian  
Prénom : Mézian  
Date et lieu de naissance : 04/02/67 MAROC Nationalité : MAROCAINE  
Adresse : 160 Avenue du Roi TELET Profession : Salarie  
Lien de parenté ou d'alliance : Cousin

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je soussigné Mr. EL HAMMOUCHI Mézian  
ATTESTE Temoigné que Mme BOUATTAGHIM  
SAIDA née le 08/10/82 est présente sur  
Le Territoire français depuis 2007  
à ce jour.

fait pour Valoir de le que  
dans droit



③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

cette attestation est destinée à être produite en justice. Toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

④ Date : 09/02/14 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)



F593046338

## CARTE DE RESIDENT

Nom : EL HAMMOUCHI



Prénom : MEZIAN

Valide depuis 08-01-09

Fin 07-01-19

Délivré par NORD

Motif du séjour : TOUTE PROFESSION EN FRANCE METROPOLITAINE  
DANS LE CADRE DE LA LEGISLATION EN VIGUEUR

Signature de l'autorité



V.T. TOTALE

TSFRAEL&lt;HAMMOUCHI&lt;&lt;MEZIAN&lt;&lt;&lt;&lt;&lt;&lt;

5930463381MAR6700003M1901078&lt;&lt;&lt;&lt;13



Né(e) le 00-00-67 à MTALESSA NADOR

Pays : MAROC

Nationalité : MAROCAINE

Sexe : M Date d'entrée en France : 08-01-99

Adresse :

160 RUE DU ROITELET  
59200 TOURCOING

Signature du titulaire :

Tout changement de résidence  
doit être déclaré dans les 6 jours  
de l'arrivée au nouveau domicile

# ATTESTATION

① Nom : Bachlaghem

Prénom : Ali

Date et lieu de naissance : 11/01/1987

Nationalité : française

Adresse : .....

Lien de parenté ou d'alliance : Cousin Profession : /

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je soussigne M<sup>r</sup> Bachlaghem Ali, le cousin de Seïda Bachlaghem. J'atteste que ma cousine Seïda n'a pas de famille dans son pays d'origine.

Née le 08/01/1981 au Maroc, est présente sur le territoire français depuis début 2007.

Fait valoir ce que le droit .



③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales.

④ Date : 01/02/14 Signature ↓

le cousin de saïda Bouchlaghem,  
j'atteste que ma cousine Saïda n'a pas de  
famille dans son pays d'origine.



# ATTESTATION

① Nom : BOUCHTAAHEN ..... Prénom : Noradin .....  
Date et lieu de naissance : 01/09/1982 (Anvers) Nationalité : ANGOLAINE  
Adresse : 11 ALLEE DES JARDINS 59000 LILLE  
Lien de parenté ou d'alliance : Cousin ..... Profession : Employé

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je soussigné M' Bouchtaahen Noradin,  
Attesté témoigné que Mme  
Bouchtaahen Saïda née le 08  
octobre 1981 est présente sur  
le territoire français depuis  
long à ce jour.



Fait pour l'absence de  
cette dame.

③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite  
en justice, toute fausse déclaration de ma part  
m'expose à des sanctions pénales.

④ Date : 08/02/2014 Signature :

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)



F593057174

CARTE DE RESIDENT

Nom : BOUCHLAGHEM

Prénom : NORADIN

Validité depuis 26-09-10 Fin 25-09-20

Délivré par : NORD

Motif du séjour : TOUTE PROFESSION EN FRANCE METROPOLITAINE  
DANS LE CADRE DE LA LEGISLATION EN VIGUEUR

Signature de l'autorité

BOUCHLAGHEM

V.T. TOTALE

TSFRABOUCHLAGHEM<<NORADIN<<<<<<<  
5930571749MAR8209016M2009258<<<<15



Né(e) le : 01-09-82 à : MTA LSA NADOR  
Pays : MAROC  
Nationalité : MAROCAINE

Sexe : M Date d'entrée en France : 00-09-96  
Adress :

Nouvelle  
adresse : 11 ALL DES JARDINS PORTE 11  
59000 LILLE

Signat. : NO : 593057174

(LHD)

Tout changement de résidence  
doit être déclaré dans les 8 jours  
de l'arrivée au nouveau domicile

# ATTESTATION

④ Nom : BOUCHLAGHEN ..... Prénom : Lyoun .....  
Date et lieu de naissance : ..00.00.. 54 ..... Nationalité : Marocaine .....  
Adresse : 68 rue ST LUC 59000 LILLE ..... Profession : Salarie .....  
Lien de parenté ou d'alliance : Soñ Corinna .....  
Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je gaussigne Bouchlaghen Lyoun , atteste  
que l'<sup>le</sup> Bouchlaghen saïda née le 08.10.81,  
au Maroc , est présente sur le territoire  
français depuis début 2007 .

Fait pour valoir e  
que de droit.



③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice  
toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions  
pénales .

④ Date : 01.01.14 Signature

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)



TSFRABOUCHLAGHÈM<<MIMOUN<<<<<<<<<

0014205675MAR5400007M1403239<<<<11



Né(e) le : 00-00-54 à NADOR

Pays : MAROC

Nationalité : MAROCAINE

Sexe : M Date d'émission : 00-00-80

Adresse : 68 Rue ST Luc - La Marsa - 1700

Signature : *[Signature]*

Tout changement de résidence  
doit être déclaré dans les 18 jours  
de l'arrivée au nouveau domicile.

# ATTESTATION

① Nom : M<sup>r</sup> Bouchlaghem ..... Prénom : ... Jeanne .....  
Date et lieu de naissance : ... 21.12.1976 ..... Nationalité : ... Moroccaine ..  
Adresse : ... 158/2 Rue Che Guevara 59139 Wattignies .....  
Lien de parenté ou d'alliance : ... Cousin frère ..... Profession : ... cadre .....

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

J<sup>e</sup> dénommé "M<sup>r</sup> Bouchlaghem Jeanne" atteste que la présente épouse M<sup>r</sup> Bouchlaghem, Saida, née le 08/10/1981 au Maroc, est présente sur le territoire français à Lille avec sa famille depuis début 2007.

Fait pour valoir ce que de droit —



③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

④ Date : 01/02/14 Signature 

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)

**CARTE DE SEJOUR**

F593023863

**CARTE DE RESIDENCE**

Nom : BOUCHLAGHEM



Prenom: JAMAL

Valide depuis: 21-12-04

Fin: 20-12-14

Demande par: NORD

Motif du séjour: DROIT DE PROFESSION EN FRANCE METROPOLITAINE  
DANS LE CADRE DE LA LOISIRATION EN VIGUEUR

Signature de l'autorité:

V.T. TOTALE

TSFRABOUCHLAGHEM<<JAMAL<<<<<<<<

5930238631MAR7612219M1412200<<<<<19



Né(e) le: 21-12-76 à MELALSKA NADOR

Pays: MAROC

Nationalité: MAROCAINE

Sexe: M Date d'entrée en France: 00-09-83

Adress:

Nouvelle adresse: 158 RUE CLEMENCEAU - APT 2  
59139 WATTIGNIES

NDI: F593023863

Sous réserve d'autorisation:

pour changement de résidence,  
pour toute absence dans les 18 jours  
de l'arrivée au nouveau domicile.

# ATTESTATION

① Nom : Bouchlaghen ..... Prénom : Aissa .....  
Date et lieu de naissance : ..... Nationalité : Mauritanie .....  
Adresse : 260/16 Bd de Strasbourg 59000 Lille .....  
Lien de parenté ou d'alliance : Oncle ..... Profession : Salarié .....

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je soussigné H Bouchlaghen Aissa,  
Atteste par la présente que Mme Bouchlaghen  
Saida, née le 08/01/1981, est présente sur  
le territoire français à Lille avec sa  
famille depuis début 2007

Fait pour témoins que de droit



③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

④ Date : 04/02/2014 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)



TSFRABOUCHLAGHEM<<AISSA<<<<<<<<  
0022215868MAR5600003M1605284<<<<11

Né(e) le 00/00/58 à DOUAR BOULEZ TANOUT

Pays: MAROC  
Nationalité: MAROCAINE  
Sexe: M  
Adresse: 26/13 De TOUNKADOU

Signature

Point d'acheminement vers lequel sera délivrée la carte d'accès  
Point de passage dans les 10 derniers jours  
Point de passage pour nouveau domicile  
Date de naissance: 00/08/74

# ATTESTATION

① Nom : BOUCHLAGHEM ..... Prénom : SADIK .....  
Date et lieu de naissance : 13/07/78 à METALSA (MAROC) Nationalité : Française  
Adresse : 74/9 Bd Strasbourg 53000 Lille ..... Profession : .....  
Lien de parenté ou d'alliance : NEVEU .....

Relation des faits à établir de la main du témoin

② Je soussigne N° Bouchlaghem Sadik, atteste par la présente,  
sur l'honneur que Said Bouchlaghem, né le 08/10/1981  
au Maroc, est présente sur le territoire français depuis début 2007.

Fait pour valoir ce que de droit.



③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice; toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

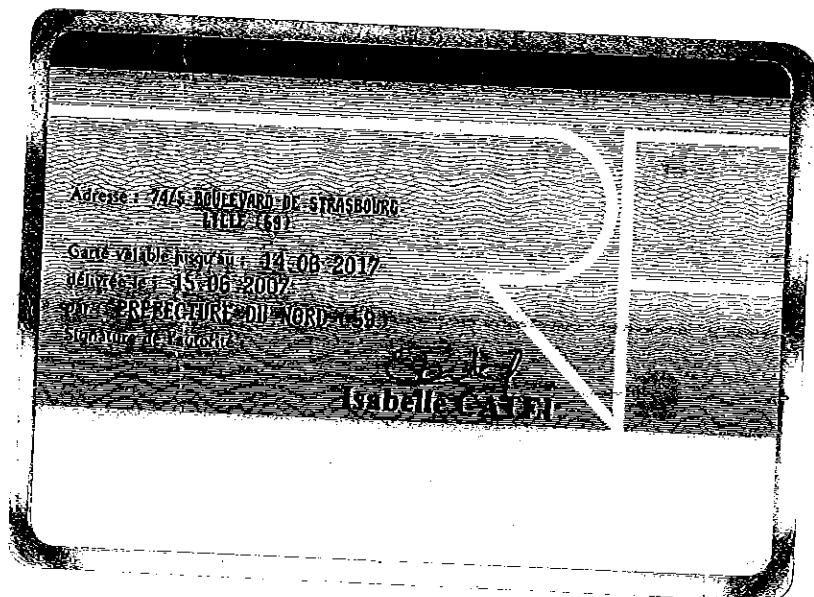
④ Date : 05/02/14 Signature

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport)

40/2



40/3



# ATTESTATION

① Nom : Mr Bouchlagham ..... Prénom : Youssef .....  
Date et lieu de naissance : 30-07-13 ..... Nationalité : Marocaine .....  
Adresse : 22, rue Victor Hugo Ville .....  
Lien de parenté ou d'alliance : COUSIN ..... Profession : Magasin .....

## Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je soussigne Mr Bouchlagham Youssef  
Atteste sur l'honneur de Bouchlagham  
Née le 08/10/1981 au Maroc et  
présente sur le territoire français  
depuis début 2007.

Fait valoir ce que le droit.

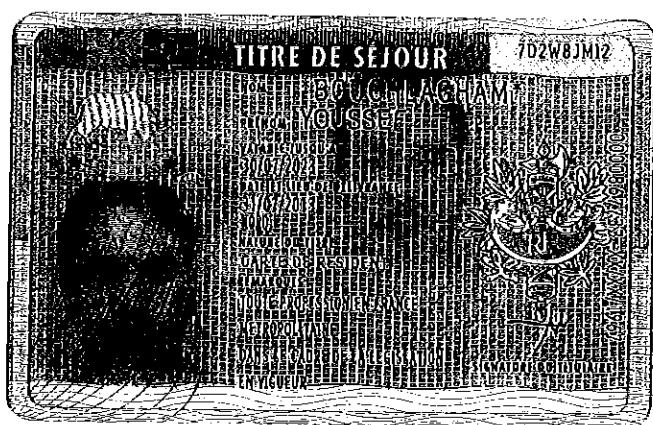


③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales.

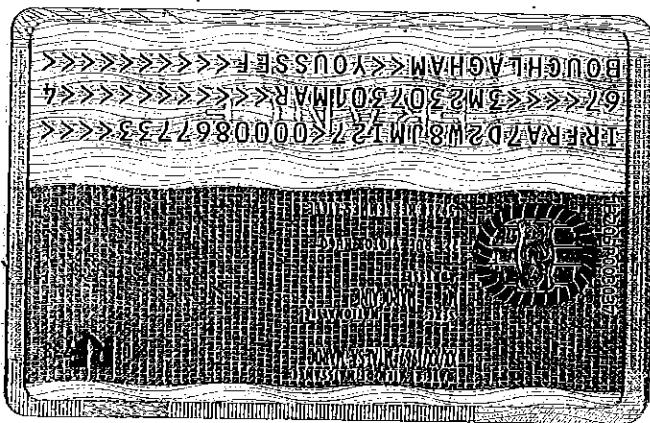
④ Date : 04/02/14 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)



412

413



# ATTESTATION

① Nom : Bouchlaghem ..... Prénom : Mohamed .....  
Date et lieu de naissance : ..00..00, 1950 ..... Nationalité : Marocaine .....  
Adresse : ...2... Bis... Rue... Alfred... Wacquet... 59000 Lille .....  
Lien de parenté ou d'alliance : Conjoint ..... Profession : ...préc... retraité....

## Relation des faits à établir de la main du témoin

② je soussignée, M<sup>a</sup> Bouchlaghem Mohamed ,  
atteste par la présente que Melle Bouchlaghem Saïda ,  
née le 08/10/1981 au Maroc , est présente sur le territoire  
français à Lille avec sa famille depuis 2007 .

Fait pour valoir ce que de droit .



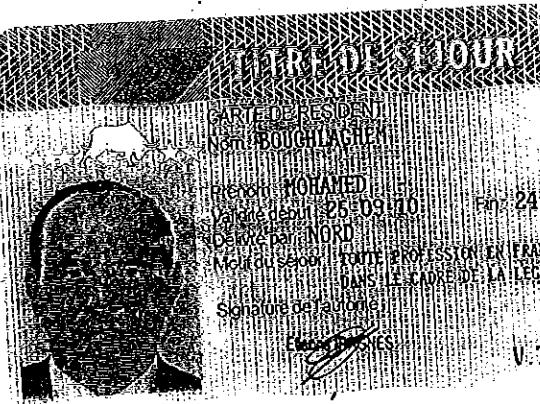
③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite  
en justice, toute fausse déclaration de ma part  
m'expose à des sanctions pénales .

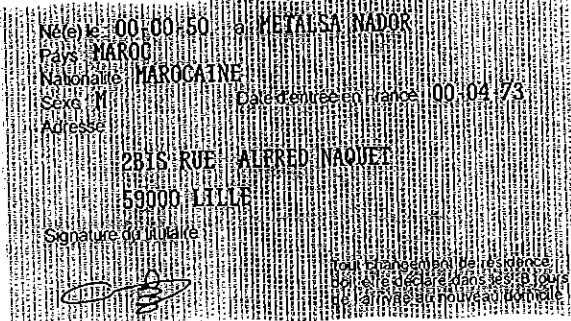
④ Date : 04.02.2014 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)

F590020245



TSFRABOUCHLAGHEM <<MOHAMED<<<<<<<  
5900202459MAR5000005M2009247<<<<13



# ATTESTATION

① Nom : Mme Bouchlaghem ..... Prénom : Latifa .....  
Date et lieu de naissance : 07/04/1933 (ille) ..... Nationalité : Française .....  
Adresse : 11, Rue Neuemann (Roubaix) .....  
Lien de parenté ou d'alliance : Cousine ..... Profession : /

## Relation des faits à établir de la main du témoin

② Je déclare que Mme Bouchlaghem Latifa, atteste sur l'honneur que Saïda Bouchtaghim née le 09/10/1981 du Maroc, est présente sur le territoire français depuis début 2007.



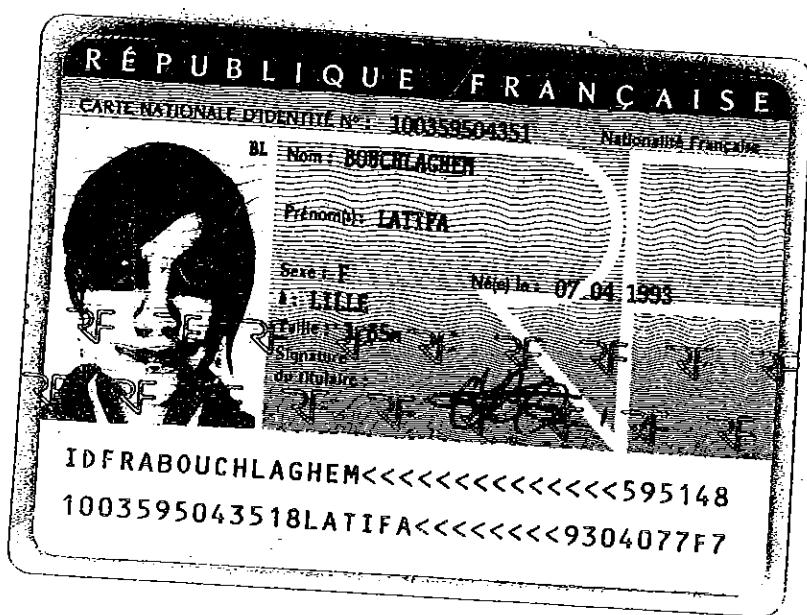
fait pour valoir ce que  
le droit.

③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

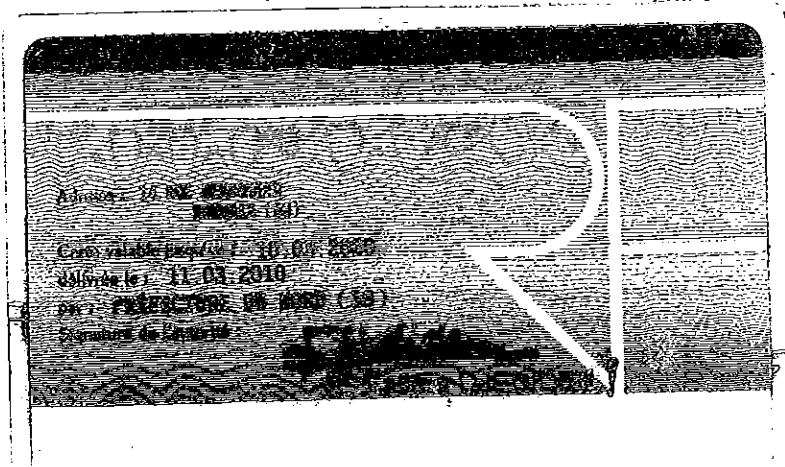
cette attestation est destinée à être produite en justice,  
toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions  
pénales.

④ Date : 04/08/14 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CN, passeport...)



43/2



# ATTESTATION

① Nom : ...Taghiti..... Prénom : ...Fadma.....  
Date et lieu de naissance : ...22/02/1973..... Nationalité : ...Marocaine.....  
Adresse : ...14, Rue ...Neucommen... Roubaix.....  
Lien de parenté ou d'alliance : ...Cousine..... Profession : .....

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Mme Saussigne Mme Taghiti Fadma.

Atteste sur l'honneur que saïda Bachlaghem  
née le 08/10/1981 au Maroc, est présente sur le  
territoire français depuis début 2007.

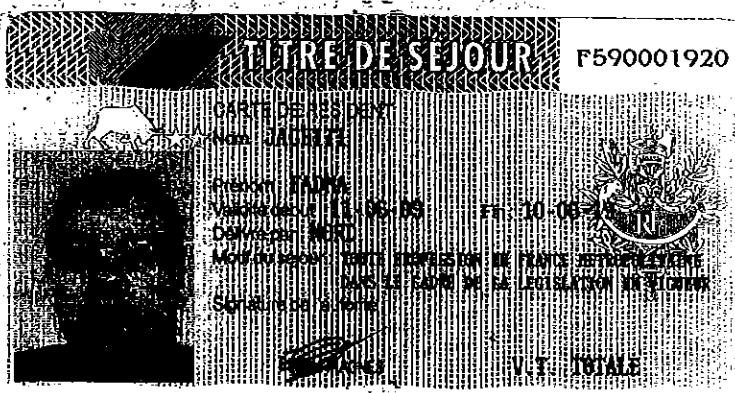
Fait pour valoir ce que le droit.



③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice,  
toute fausse déclaration de ma part m'expose à des  
sanctions pénales.

④ Date : 01/02/14 Signature ↓



TSFRAJAGHITI<<FADM A<<<<<<<<<<<<  
5900019202MAR7302220F1906109<<<<15

—

No (4) 3-22102-78  
DR. ROBERT  
P. M. LARSON  
YARDLINE TANK TANKS  
Saskatoon  
Address: 1401 1/2 10th Street West, SASKATOON, SK, S7N 1H3  
1401 10th Street West, SASKATOON, SK, S7N 1H3  
5910 10th Street West, SASKATOON, SK, S7N 1H3

#### Signature du débiteur



19.000 destinatari de rezidență  
în șase săptămâni și 15.000 de  
cărți de învățare în 10 zile.

# ATTESTATION

① Nom : BOUCHLAGHTIN ..... Prénom : AFTIMA .....  
Date et lieu de naissance : 20.04.1978 ..... Nationalité : ALGERIENNE .....  
Adresse : 8123 rue de Thumesnil 59000 LILLE .....  
Lien de parenté ou d'alliance : Sa belle-soeur ..... Profession : SANS .....

Relation des faits à établir **de la main du témoin**

②

Je soussignée, <sup>me</sup> BOUCHLAGHTIN Aftima,  
atteste sur l'honneur que <sup>sa</sup> Saida Bouchlaghtin  
née le 08.10.81 au Maroc,  
est présente sur le territoire français  
depuis 2007.



Fait pour valoir ce que de droit.

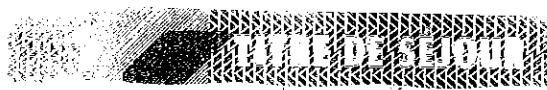
③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice,  
toute fausse déclaration de ma part m'expose à des  
sanctions pénales.

④ Date : 04.08.14 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)

F593030669



CARTE DE RESIDENT

Nom : BOUCHLAGHEN

Nom marital : BOUCHLAGHIM

Prénom : AFTIMA

Validité début : 20-04-06 Fin : 19-04-16

Délivré par : NORD

Motif du séjour : TOUTE PROFESSION EN FRANCE METROPOLITAINE  
DANS LE CADRE DE LA LEGISLATION EN VIGUEUR

Signature de l'autorité :

V.T. TOTALE

TSFRABOUCHLAGHEM<<AFTIMA<<<<<<<<  
5930306693MAR7804207F1604195<<<<11

Né(e) le : 20-04-78 à : NETALSA NADOR

Pays : MAROC

Nationalité : MAROCAINE

Sexe : F

Date d'entrée en France : 07-03-86

Adresse :

8 RUE DE THUMESNIL - APT 23

59000 LILLE

Signature du titulaire :

Tout changement de résidence  
doit être déclaré dans les 8 jours  
de l'arrivée au nouveau domicile

# ATTESTATION

① Nom : Bouchlaghem ..... Prénom : A.ondria .....  
Date et lieu de naissance : 14/02/1993 ..... Nationalité : Marocaine .....  
Adresse : 11 rue de l'école Saint Louis Lille 59000 .....  
Lien de parenté ou d'alliance : cousin ..... Profession : Sans .....

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

je soussigne Mme Bouchlaghem Aondria , atteste sur  
l'honneur que said Bouchlaghem née le 08/10/1981  
au Maroc , est présente sur le territoire français depuis  
début 2007 .



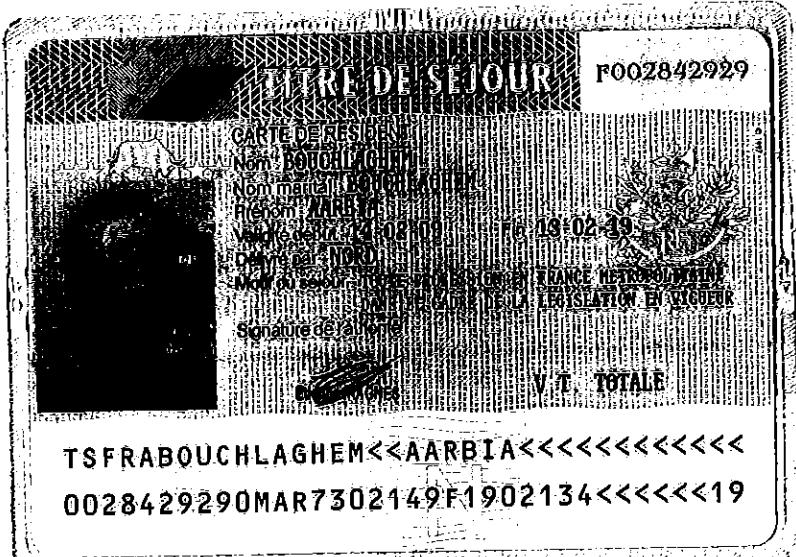
fait pour valoir ce que  
le droit .

③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

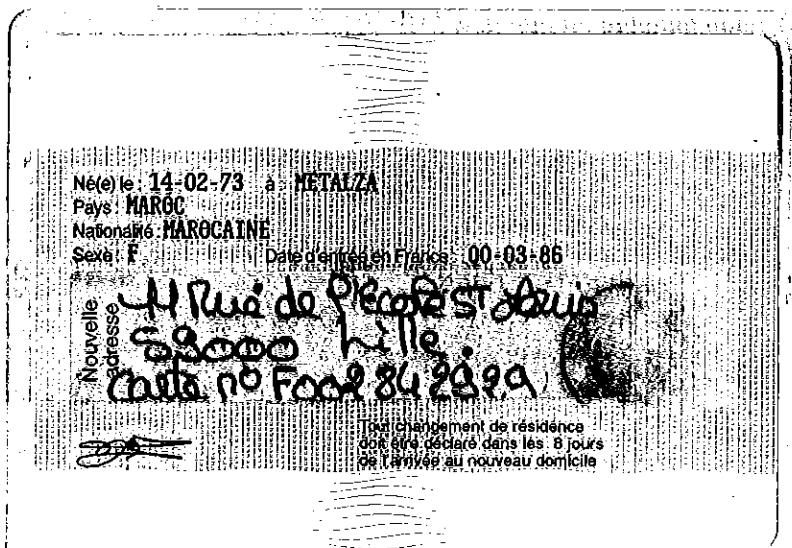
Cette attestation est destinée à être produite en justice,  
toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions  
pénales .

④ Date : 06/02/14 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)



16/2



# ATTESTATION

① Nom : BOUCHLAGHETM ..... Prénom : Malika .....  
Date et lieu de naissance : 20.02.1965 ..... Nationalité : Marocaine .....  
Adresse : 6010 Bd de Strasbourg 59000 LILLE .....  
Lien de parenté ou d'alliance : Soeur ..... Profession : SAMS

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je soussigné Mme BOUCHLAGHETM Malika,  
atteste que Mme BOUCHLAGHETM Saïda née le  
08.10.81 au Maroc, atteste qu'elle  
est sur le territoire français depuis début 2007-

4A

Fait pour valoir  
ce que de droit.

③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales -

④ Date : 04.08.14. Signature ↓

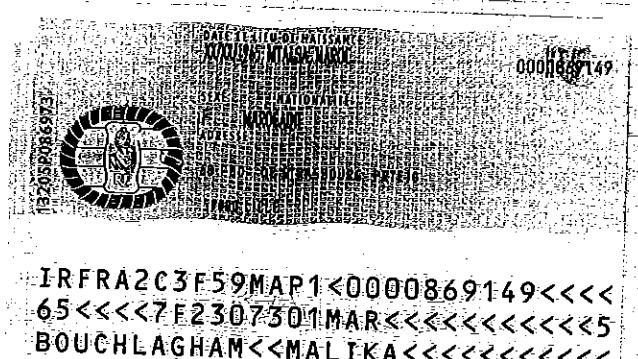
⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)



2C3F59MAP

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| NAME                           | BOUCHLAGHAM  |
| SEX                            | MALE   |
| DATE OF BIRTH                  | 30/07/1923   |
| DATE OF ISSUE OF THIS DOCUMENT | 7/1/1974   |
| NAME                           | MALIKA   |
| NATURE OF TITLE                | CITIZENSHIP  |
| REMARKS                        | PAUPER'S PASSPORT<br>NOT FOR TRADING<br>DRAFT COPY OF THE REGISTRATION<br>IN VIGOR |

5961/XXXXX-69149-0000000



IRFRA2C3F59MAP1<0000869149<<<  
6.5<<<7F2307301MAR<<<<<<<<<  
BOUCHLAGHAM<<MALIKA<<<<<<<<

# ATTESTATION

① Nom : Bouchlagham ..... Prénom : Difa .....  
Date et lieu de naissance : 15/06/1971 Paris ..... Nationalité : Marocaine .....  
Adresse : 22 rue Victor Hugo Hellennes Lille (59260) .....  
Lien de parenté ou d'alliance : Cousine ..... Profession : Assistante maternelle

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je soussigné Ame Bouchlagham Difa,  
atteste par la présente que Mme Bouchlagham Saïda,  
née le 8/10/1981 au Rausc, est présente sur  
le territoire français à Lille avec sa famille  
depuis 2007

Fait pour valoir ce que de droit

48/1

③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice,  
toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions  
pénales

④ Date : 04/02/2014 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)

LIVRE DE SEJOUR

F002402212

CARTE DE RESIDENT

Nom : BOUCHLAGHEM

Nom marital : BOUCHLAGHAM

Pronom : DRIFA

Vadité début : 15-06-07

Fin : 14-06-17

Délivré par : NORD

Motif du séjour : TRAVAIL PROFESSIONNEL EN FRANCE METROPOLITAINE  
DANS LE CADRE DE LA LEGISLATION EN VIGUEUR

Signature de l'autorité :

BOUCHLAGHEM

V.T. TOTAL

TSFRABOUCHLAGHEM<<DRIFA<<<<<<<<<

0024022121MAR7106152F170c147<<<<<19



Né(e) le : 15-06-71 à : NADIR

Pays : MAROC

Nationalité : MAROCAINE

Sexe : F

Date d'entrée en France : 00-03-86

Adresse :

22 RUE VICTOR HUGO

59260 HELLEMES LILLE

Signature du titulaire :

Tout changement de résidence  
doit être déclaré dans les 8 jours  
de l'arrivée au nouveau domicile

# ATTESTATION

① Nom : EL KADouri ..... Prénom : MARIAM .....  
Date et lieu de naissance : 1953...au Maroc ..... Nationalité : Marocaine .....  
Adresse : 73, Rue de Buffon 59000 Lille .....  
Lien de parenté ou d'alliance : famille ..... Profession : Retraité .....

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je soussigne EL KADouri MARIAM.

Atteste par la présence de ma bouchbaghima  
SAIDA née le 08/10/1981 est présente  
sur le territoire français à Lille  
Avec sa famille depuis 2007

fait pour l'absence de droit.

19/1

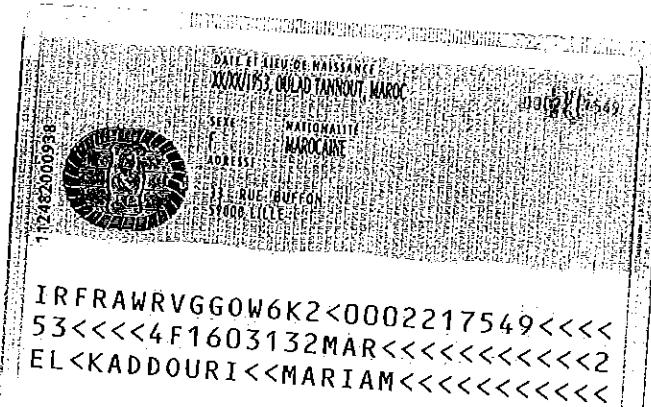
③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice toute  
fausse déclaration de ma part m'expose à des  
sanctions pénales.

④ Date : 05/02/2014 Signature ↓

MA

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)

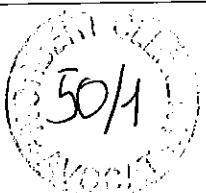


## ATTESTATION

① Nom : BOUCHLAGHAM ..... Prénom : FATOU MA .....  
Date et lieu de naissance : 00/00/1964 ..... Nationalité : SARAHINE .....  
Adresse : 12 rue Victor Hugo 59260 Hellemmes - LILLE .....  
Lien de parenté ou d'alliance : La femme à Son oncle ..... Profession : SAINS .....

Relation des faits à établir de la main du témoin

②



Je soussignée, Mme BOUCHLAGHAM Fatouma,

atteste par la présente que Mme BOUCHLAGHAM

Salida, née le 08/10/1981 au Maroc, est présente

sur le territoire français à Lille avec sa

famille depuis 2007.

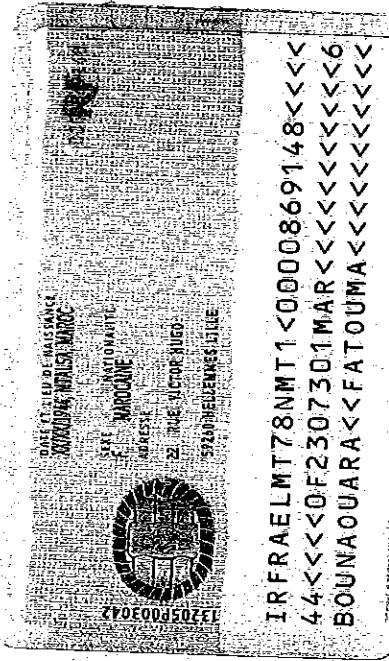
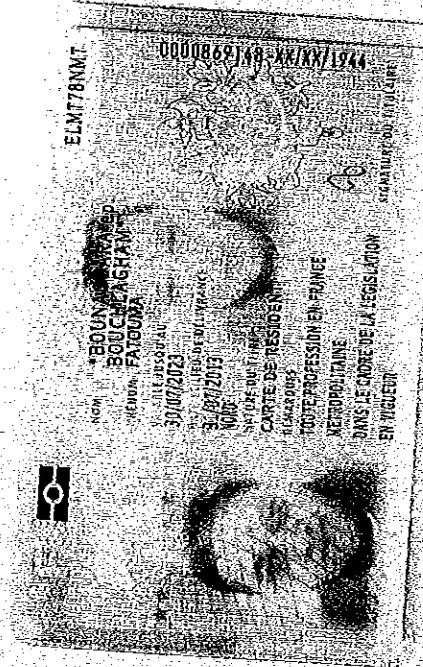
fait pour valoir ce que de droit.

③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales.

④ Date : 06.02.14 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)



IRFRAELMT78NMT1<00000869148<<<  
44<<<0F2307301MAR<<<<<<<<<<<  
BOUNAOUARA<<FATOUWA<<<<<<<<<

50/1

# ATTESTATION

① Nom : ... Bouchlaghem ..... Prénom : ... Amaia .....  
Date et lieu de naissance : ... 01/01/1933 ..... Nationalité : ... Marocaine .....  
Adresse : ... 74 Bd de Strasbourg zpt 3 ... Bonneville .....  
Lien de parenté ou d'alliance : ..... Profession : ... retraite .....

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je soussigne Bouchlaghem Amaia, atteste  
par la présente que Mme Bachlaghem Saida  
née le 08/10/1981 au Maroc, est présente sur  
le territoire français à Lille avec sa famille  
depuis début 2007.

Fait pour valoir ce que de droit.



③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales.

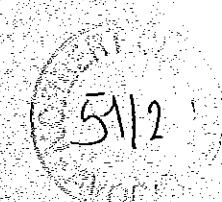
④ Date : ... 04/02/2014 Signature ↓

JSS

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)

Né(e) 01-01-38 à TULSA  
Pays MAROC  
Nationalité MAROCAINE  
Sexe M  
Date d'entrée en France: 00-03-70  
Adresse: 74 BD DE STRASBOURG - APT 9  
59000 LILLE  
Signature du titulaire:

Carte d'identité de résidence  
du Marocain dans les Eloures  
à l'issue d'une nouvelle procédure



F002168561

CARTE DE RESIDENT  
Nom: BOUCHLAGHEM

Prenom: AMAR  
Validité début: 26-02-06 Fin: 25-02-16  
Délivré par: NORD

Motif du séjour: TOUTE PROFESSION EN FRANCE METROPOLITAINE  
DANS LE CADRE DE LA LEGISLATION EN VIGUEUR

Signature de l'autorité

V.I. TOTALE

TSF RABOUCHLAGHEM <AMAR<<<<<<<<<<  
0021683615MAR3901016M1602250<<<<17

# ATTESTATION

① Nom : ..... EL HADDADI ..... Prénom : ABDESLAM .....  
Date et lieu de naissance : ..... 02/04/1955 ..... Nationalité : MAROCAIN .....  
Adresse : ..... 3/1 RUE LOUIS BERGER ..... 59000 LILLE .....  
Lien de parenté ou d'alliance : ..... / ..... Profession : ..... /

## Relation des faits à établir de la main du témoin

②

JE SOUSSIGNE MR ~~HADDADI~~ ABDESLAM,  
atteste sur l'honneur que Saïda Bouchlaghem  
née le 08/10/1981 au MAROC, est présente  
sur le territoire français depuis début  
2007.



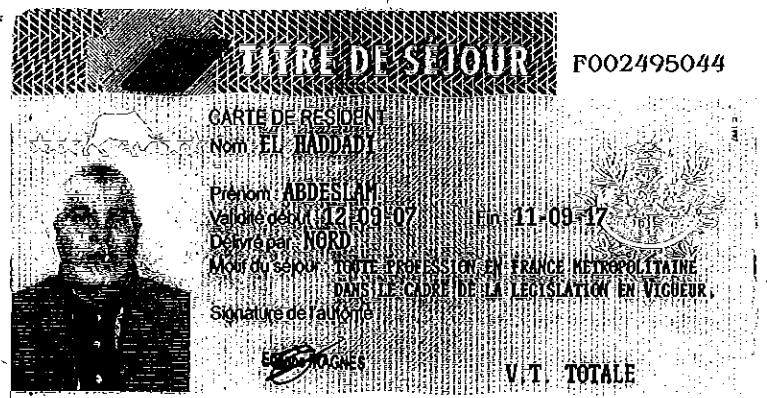
Fait pour valoir  
ce que droit

③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice,  
toute fausse déclaration de ma part m'expose à  
des sanctions pénales

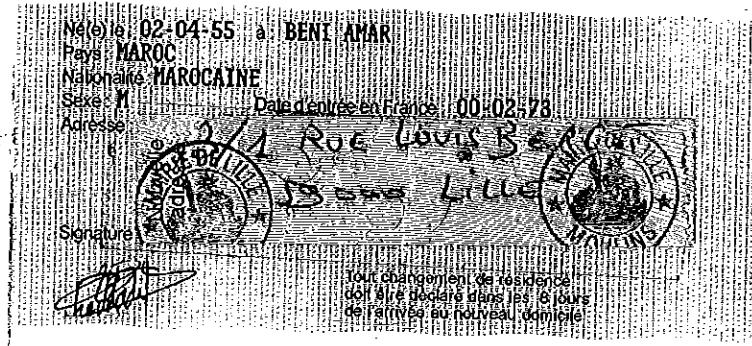
④ Date : 05/02/14 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)



TSFRAEL<HADDADI<<ABDESLAM<<<<<<<<

0024950448MAR5504020M1709115<<<<<11



Je soussigne, M<sup>me</sup> MESSAOUDI RACHID  
atteste connaître, M<sup>me</sup> SOUCHLAGHIM SAIDA, et cela depuis  
une longue période plus de 7 ans, car nous sommes alors au  
dans aussi sa famille avec laquelle elle vit dans son foyer  
depuis que j'y la connais  
elle vit avec sa famille.

Né(e) le: 01-07-74 à: TANGER  
Pays: MAROC  
Nationalité: MAROCAINE  
Sexe: M Date d'entrée en France: 25-01-00  
Adresse:  
43 RUE RABELAIS N 3 RES CAULIER  
59000 LILLE

Signature du titulaire:

~~MM~~ Tous changements de résidence  
doit être déclaré dans les 8 jours  
de l'arrivée au nouveau domicile

53

F990078334

CARTE DE RESIDENT

Nom: MESSAOUDI

Prénom: RACHID

Validité début: 20-06-10 Fin: 19-06-20

Délivré par: NORD

Motif du séjour: TOUTE PROFESSION EN FRANCE METROPOLITAINE  
DANS LE CADRE DE LA LEGISLATION EN VIGUEUR

Signature de l'autorité:

~~EMBASSADE~~

V.T. TOTALE

TSF MESSAOUDI << RACHID <<<<<<<<

9900783343MAR7407011M2006198<<<<17

## ATTESTATION

① Nom : BOUCHLAGHT DRISS ..... Prénom : DRISS .....  
Date et lieu de naissance : 01-01-1944 ..... Nationalité : MAROCAIN .....  
Adresse : 33 Rue de Buffon 59000 LILLE .....  
Lien de parenté ou d'alliance : SON ONCLE ..... Profession : RETRAITÉ

Relation des faits à établir de la main du témoin

②

Je soussigné Tr<sup>e</sup> BOUCHLAGHT DRISS,  
atteste pour la présente que Tr<sup>e</sup> BOUCHLAGHT  
Saïda, Née le 08/10/1981 au Maroc,  
est présente sur le territoire français à  
Lille avec sa famille depuis 2007.

Fait pour valoir ce que de droit.



③ Recopier la phrase : Cette attestation est destinée à être produite en justice, toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales

Cette attestation est destinée à être produite en justice,  
toute fausse déclaration de ma part m'expose à des  
sanctions pénales.

④ Date : 01.02.14 Signature ↓

⑤ Joindre une photocopie d'un document officiel d'identité avec photo et signature (CNI, passeport...)

L'oncle de saïda BOUCHLAGHEM , atteste que  
Saïda n'a personne au MAROC .

el 22

54/2



TSFRABOUCHELAGHEM<<DRISS<<<<<<<<  
0020904166MAR4401018M1512030<<<<15

