



## RECEPISSE DE DEMANDE



### INFORMATIONS SUR LA DEMANDE

Service consulaire demandé

**IMMATRICULATION CONSULAIRE**

Référence de la demande

**U5PZ MMB8 XFCY CE4F**

Date de la demande

**2 décembre 2024**

Adresse email

**djafarousouley53@gmail.com**

Numéro de Téléphone

**+226 04179128**

### IDENTITE

Nom / Surname

**SOULEY**

Lieu de naissance / Place of Birth

**MALANVILLE**

Prénoms / First names

**DJAFAROU**

Date de naissance / Date of Birth

**09/01/2006**

Nationalité / Nationality

**Bénoïse/Beninese**

Numero d'Identification Personnel

**1597304140**

### SIGNALEMENT

Taille/Height

Cheveux/Hairs

Yeux/Eyes

Signes particuliers/Distinctive marks

Ce document est délivré par la République du Bénin. Son authenticité est vérifiable en scannant le code QR.

