



**PRÉFET
DU VAL-D'OISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Sous-Préfecture de Sarcelles
Bureau des ressortissants étrangers

FORMULAIRE PREMIERE DEMANDE CARTE DE RESIDENT LONGUE DUREE CE (RLD-CE)

Application de l'article L 314-8 du CESEDA, et des dispositions spécifiques des conventions bilatérales

DOCUMENTS A FOURNIR (en photocopie)

- ↪ Passeport (photocopies de toutes les pages écrites et tamponnées).
- ↪ Copie recto verso de votre titre de séjour.
- ↪ Le formulaire de demande de carte de résident longue durée-CE ci-joint.
- ↪ Les trois derniers bulletins de salaire et contrat de travail actuel.
- ↪ Avis d'imposition des cinq ou des trois dernières années (trois dernières années pour les ressortissants des pays suivants : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo Brazzaville, Côte d'Ivoire, Gabon, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Togo, Tunisie).
- ↪ Justificatif de domicile de moins de trois mois.
- ↪ Attestation de l'assurance maladie.
- ↪ Attestation de non polygamie.
- ↪ Courrier motivant votre demande de carte de résident longue durée-CE.
- ↪ Attestations délivrées par l'OFII validant votre contrat d'accueil et d'intégration et justifier du niveau A2 en langue française (vous pouvez joindre la copie des diplômes obtenus en France).

L'ensemble de votre dossier est à envoyé à l'adresse ci-dessous:

Sous-préfecture de Sarcelles
BRE – A l'attention de MDB
1, boulevard François Mitterrand 95200 SARCELLES

DEMANDE DE CARTE DE RESIDENT

L'application de l'article L 314-8 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, de l'article 7 bis de l'accord franco-algérien du 27 décembre 1968, de l'article 3 de l'accord franco-tunisien du 17 mars 1968 et de conventions bilatérales liant la France aux pays subsaharienne.

Inscrire ci-dessous votre numéro FNE (nombre à dix chiffres présent sur votre titre de séjour)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

① ETAT CIVIL

Nom : Prénom:.....

Nom d'usage :

Né(e) le:..... à.....

Nationalité :

Nom du père:.....

Résidence en France : oui non

Si oui adresse:.....

Nom de la mère:.....

Résidence en France : oui non

Si oui adresse:.....

② SITUATION FAMILIAL

Célibataire	PACSE	Concubin	Mariè(e)	Divorcé(e)	Veuf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selon votre situation :

Date et lieu du mariage ou ancienneté du concubinage :

Date du décès :

Nom et nationalité du conjoint / concubinage

En France oui non Situation administrative régulière irrégulière

Enfant(s) oui non Nombre:

Nom	Date de naissance	Résidence en France / à l'étranger	Nationalité	Scolarité
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Niveau
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Niveau
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Niveau
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Niveau
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Niveau
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Niveau
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Niveau

③ RESIDENCE EN FRANCE

Adresse habituelle :

.....

Depuis le :

En qualité de : Propriétaire Locataire Hébergé Autre (préciser)

④ INTEGRATION

Niveau scolaire : Primaire Secondaire Supérieur

Diplômes :

Formation en langue française: Oui Non
Si oui, lesquelles :

Signature d'un contrat d'accueil et d'insertion : Oui Non
Si oui, date de la signature :

Participation à la vie locale :

⑤ MOYENS D'EXISTENCE

Profession ou occupation :

Nom de l'employeur actuel :

Adresse de l'employeur :

Activité professionnelle depuis les cinq dernières années:

Préciser de manière chronologique toute votre activité professionnelle depuis votre arrivée en France jusqu'à aujourd'hui. Si interruption entre deux périodes (chômage, maladie, autre...), veuillez le mentionner.

Date de début et fin d'activité	Activité	Type de contrat	Observation

Salaires et avantages en nature :

Autres ressources personnelles :

Carte professionnelle :

Nature:

Délivrée le :

à :

Validité :

Activités commerciales, industrielles, artisanales ou agricoles

Raisons sociales:

Siège:

Objet:

Importance (nombre d'employés, superficie...)

Gains retirés :

Professions libérales :

Nature:

Gains:

Profession du conjoint :

Profession:

Revenus (annuel):

Profession des enfants majeurs vivants au foyer:

Nom	Profession	Revenus (annuel)

Personnes à charges autres que le conjoint :

Nom	Lien de parenté	Adresse

M/Mme

reconnait l'exactitude des renseignements fournis

Fait à Sarcelles, le

Signature

