



Bureau National de Vigilance Contre l'Antisémitisme

Formulaire de déclaration

A remplir par le témoin ou la victime d'un acte antisémite

A compléter, signer et transmettre au :
B.N.V.C. A. 8 boulevard Saint Simon 93700 Drancy
06 63 88 30 29

Je suis victime

Je suis témoin

Nom : _____ Prénom : _____ date & lieu de naissance: _____

Adresse : _____
_____ Profession : _____ TEL _____

Les faits Date : _____ Heure : _____ Lieu : _____

Nature et circonstances _____

Signalement des auteurs :

Taille _____ Couleur des cheveux : _____ Couleur des yeux : _____

Nombre : _____ Tenue vestimentaire : _____

Identité des blessés :

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Nature des blessures : _____

Interruption de travail (I.T.T) _____

Dommages causés aux biens: _____

Avez-vous porté plainte ? Oui -A quel commissariat ? _____
Non

Date :

Signature :

Joindre à cette déclaration copies des articles, photographies des affiches, enregistrements éventuels

Attention : toute fausse déclaration peut entraîner des poursuites pénales contre son auteur

Siège : 8 boulevard Saint Simon 93700 Drancy