COMMISSION ELECTORALE
NATIONALE INDEPENDANTE
C.E.N.I

REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail - Justice - Solidarité

ELECTIONS LEGISLATIVES 2020

FORMULAIRE DE VOTE PAR PROCURATION N°00001

(Article 91 du Code Electoral)

Je soussigné.....Profession.....

Résidant à.....Numéro d'électeur |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Bureau de vote .....

Région.....Préfecture/ Circonscription.....

CR/CU ..... District/Quartier.....

Secteur.....

Désigne ☐ Mr ☐ Mme ☐ Mlle.....

Numéro d 'électeur. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

qui figure sur la même liste électorale que moi en qualité de mandataire pour exercer le droit de vote en mon nom

Je déclare faire partie de la catégorie suivante :

1. ☐ Les malades hospitalisés ou soignés à domicile
2. ☐ Les grands invalides et infirmes
3. ☐ Ceux retenus par des obligations hors de la circonscription électorale où ils ont été inscrits

Et je soumets le certificat suivant le prouvant :

1. ☐ Certificat médical ou soigné à domicile et grand invalide ou infirmes
2. ☐ Certificat ou lettre de l'employeur (travailleur)
3. ☐ Ordre de mission

Signature du mandant	Signature du mandataire

Vu, Vérifié, et approuvé par le Président de la CECI, de la CEPI, de la CESPI ou de la CEAMI

Le...../...../2020

Cachet	Signature

1 - Copie du Mandataire (à garder au BV après le vote)

N.B : Ce formulaire ainsi que la carte d'électeur du mandant, doivent obligatoirement être remis (ou présentés) par le mandataire au bureau de vote le jour du scrutin conformément à l 'article 95 du Code électoral.

COMMISSION ELECTORALE
NATIONALE INDEPENDANTE
C.E.N.I

REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail - Justice - Solidarité

ELECTIONS LEGISLATIVES 2020

FORMULAIRE DE VOTE PAR PROCURATION N°00001

(Article 91 du Code Electoral)

Je soussigné.....Profession.....

Résidant à.....Numéro d'électeur |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Bureau de vote .....

Région.....Préfecture/ Circonscription.....

CR/CU ..... District/Quartier.....

Secteur.....

Désigne☐Mr ☐Mme ☐Mlle.....

Numéro d 'électeur. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

qui figure sur la même liste électorale que moi en qualité de mandataire pour exercer le droit de vote en mon nom

Je déclare faire partie de la catégorie suivante :

1. ☐ Les malades hospitalisés ou soignés à domicile
2. ☐ Les grands invalides et infirmes
3. ☐ Ceux retenus par des obligations hors de la circonscription électorale où ils ont été inscrits

Et je soumets le certificat suivant le prouvant :

1. ☐ Certificat médical ou soigné à domicile et grand invalide ou infirmes
2. ☐ Certificat ou lettre de l'employeur (travailleur)
3. ☐ Ordre de mission

Signature du mandant	Signature du mandataire

Vu, Vérifié, et approuvé par le Président de la CECI, de la CEPI, de la CESPI ou de la CEAMI Le...../...../2020	
Cachet	Signature

2 - Copie du Démembrement

N.B : Cette copie doit être gardée par le Démembrement (CEPI, CECI, CESPI, ou CEAMI)

COMMISSION ELECTORALE
NATIONALE INDEPENDANTE
C.E.N.I

REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail - Justice - Solidarité

ELECTIONS LEGISLATIVES 2020

FORMULAIRE DE VOTE PAR PROCURATION N°00001

(Article 91 du Code Electoral)

Je soussigné.....Profession.....

Résidant à.....Numéro d'électeur |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Bureau de vote .....

Région.....Préfecture/ Circonscription.....

CR/CU ..... District/Quartier.....

Secteur.....

Désigne ☐ Mr ☐ Mme ☐ Mlle.....

Numéro d 'électeur. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

qui figure sur la même liste électorale que moi en qualité de mandataire pour exercer le droit de vote en mon nom

Je déclare faire partie de la catégorie suivante :

1. ☐ Les malades hospitalisés ou soignés à domicile
2. ☐ Les grands invalides et infirmes
3. ☐ Ceux retenus par des obligations hors de la circonscription électorale où ils ont été inscrits

Et je soumets le certificat suivant le prouvant :

1. ☐ Certificat médical ou soigné à domicile et grand invalide ou infirmes
2. ☐ Certificat ou lettre de l'employeur (travailleur)
3. ☐ Ordre de mission

Signature du mandant	Signature du mandataire

Vu, Vérifié, et approuvé par le Président de la CECI, de la CEPI, de la CESPI ou de la CEAMI Le...../...../2020	
Cachet	Signature

3 - Copie du Mandant

N.B : Ce formulaire doit être remis au Mandant.