

MINISTRE DE L'ADMINISTRATION DU TERRITOIRE ET DE LA
DECENTRALISATION
REGION ADMINISTRATIVE DE LABE REPUBLIQUE DE GUINEE
PREFECTURE DE LABE Travail-Justice-Solidarité
COMMUNE URBAINE DE LABE
QUARTIER MAIRIE

CERTIFICAT DE RESIDENCE N° 0015

Je soussigné, Monsieur Abdoul Malick DIALLO

Président du conseil de Quartier : Mairie

Certifie que Mr/Mme : *Abdoulaye Mairie Diallo*

Profession : *Enseignant* Fonction : *DSEE*

Né(e) *1965* à *LABE*

Fils (Ile) : *Khérif*

Et de : *Saraton Diallo*

Nationalité : *Guinéenne* Réside effectivement dans ce

District, Secteur : *Sassé*

Motif : *Formation Bureaux de vote*

En foi de quoi le présent certificat lui est délivré pour servir et Valoir ce que de droit.

Mairie, le *24/10/2026*
Le Président du Conseil de Quartier

Med
Abdoul Malick DIALLO
628 52 09 35

