

DÉCLARATION DES REVENUS 2025

25



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
*Liberté
Égalité
Fraternité*

DIRECTION GÉNÉRALE
DES FINANCES PUBLIQUES

N° FIP >	910175107788687893A
N° fiscal >	1359055944344 C
N° fiscal du conjoint >	
N° d'accès en ligne >	9861197

ÉTAT CIVIL

DÉCLARANT 1		DÉCLARANT 2	
Nom de naissance	LOURIGHLI		
Prénoms	ALLAL		
Date de naissance	10 05 1986		
Lieu de naissance	91 RIS ORANGIS		
	DÉPARTEMENT COMMUNE OU PAYS SI NÉ(E) À L'ÉTRANGER		DÉPARTEMENT COMMUNE OU PAYS SI NÉ(E) À L'ÉTRANGER
Nom auquel vos courriers seront adressés	LOURIGHLI		
Votre téléphone			
Votre mél	allalourighli@hotmail.fr		

ADRESSE AU 1^{ER} JANVIER 2026

Adresse	N° 92	RUE	AV DES CHARDONNERETS		
	CODE POSTAL	91600	COMMUNE	SAVIGNY-SUR-ORGE	
Complément					
Appartement	N°	ÉTAGE	ESCALIER	BÂTIMENT	RÉSIDENCE
Statut	☐	☐	☐	☒	TAUVRON
	PROPRIÉTAIRE	LOCATAIRE	COLOCATAIRE	HÉBERGÉ GRATUITEMENT	
					NOM DU COLOCATAIRE

CHANGEMENTS D'ADRESSE

Vous avez changé d'adresse en 2025		Date du déménagement	2 0 2 5		
Adresse au 1 ^{er} janvier 2025	N° 23	RUE	ALL D OZONVILLE		
	CODE POSTAL	91200	COMMUNE	ATHIS MONS	
Complément	CHEZ LOURIGHILI				
Appartement	N°	ÉTAGE	ESCALIER	BÂTIMENT	RÉSIDENCE
Vous avez changé d'adresse en 2026		Date du déménagement	2 0 2 6		
Adresse actuelle	N°	RUE			
	CODE POSTAL		COMMUNE		
Complément					
Appartement	N°	ÉTAGE	ESCALIER	BÂTIMENT	RÉSIDENCE

SIGNATURE DU OU DES DÉCLARANTS

À	Le	Si vous souscrivez une déclaration d'impôt sur la fortune immobilière, cochez ☐ OIF
		Si vous déposez la déclaration au titre d'un mandat, apposez votre cachet et cochez ☐ OTA
SERVICES GESTIONNAIRES	DIR	FOYER FISCAL
118		

A | SITUATION DU FOYER FISCAL EN 2025

Rectifiez si nécessaire dans la case blanche

Marié(e)s M ☐ Célibataire C ☒
Divorcé(e)/séparé(e) D ☐ Veuf(ve) V ☐
Pacsé(e)s O ☐

Date des changements en 2025

– Mariage X ☐ 2 0 2 5 Pacs X ☐ 2 0 2 5
N° fiscal de votre conjoint
Vous optez pour la déclaration séparée de vos revenus 2025 B ☐
– Divorce/séparation/rupture de Pacs Y ☐ 2 0 2 5
– Décès : déclarant 1 Z ☐ 2 0 2 5
déclarant 2 Z ☐ 2 0 2 5

Situations pouvant donner droit à une demi-part supplémentaire

1. Célibataire, divorcé(e), séparé(e), veuf(ve)

– Vous viviez seul au 1^{er} janvier 2025 (ou au 31 décembre 2025 en cas de divorce/séparation/rupture de Pacs en 2025) et vous avez un enfant :
• majeur non rattaché à votre foyer (ou mineur imposé en son nom propre)
• ou décédé après l'âge de 16 ans ou par suite de faits de guerre.
Vous avez élevé cet enfant pendant au moins cinq années au cours desquelles vous viviez seul L ☐
– Vous ne viviez pas seul au 1^{er} janvier 2025 N ☐

2. Titulaire d'une pension (militaire, accident du travail) pour invalidité d'au moins 40 % ou de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion (CMI) mention "invalidité" P ☐
Votre conjoint remplit ces conditions ou votre conjoint, décédé en 2025, remplissait ces conditions F ☐

3. Titulaire de la carte du combattant ou d'une pension militaire d'invalidité ou de victime de guerre
– Vous êtes célibataire, divorcé, séparé, veuf :
• vous êtes âgé de plus de 74 ans (né avant le 1.1.1952) et vous remplissez ces conditions ;
• ou vous êtes âgé de plus de 74 ans (né avant le 1.1.1952) et votre conjoint décédé bénéficiait de la demi-part supplémentaire ou était titulaire de la carte du combattant ;
• ou votre conjoint décédé en 2025 bénéficiait de la demi-part supplémentaire W ☐
– Vous êtes mariés ou pacsés : l'un des deux déclarants, âgé de plus de 74 ans (né avant le 1.1.1952), remplit ces conditions S ☐
– Vous avez une pension de veuve de guerre G ☐

B | PARENT ISOLÉ

T ☐

C | PERSONNES À CHARGE EN 2025

Rectifiez si nécessaire dans la case blanche

Enfants à charge

Nombre d'enfants non mariés de moins de 18 ans (nés du 1.1.2007 au 31.12.2025) ou handicapés quel que soit l'âge F ☐ 1
Année de naissance 2025 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

dont enfants titulaires de la carte d'invalidité ou de la CMI-invalidité G ☐
Année de naissance ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Renseignements sur vos enfants

Nom, prénom M. LOURIGHLI TAUVRON MANEL
Date de naissance 26/03/2025
Lieu de naissance KREMLIN BICETRE (F)
Nom, prénom
Date de naissance
Lieu de naissance

Enfants en résidence alternée ou à charge partagée

Nombre d'enfants non mariés de moins de 18 ans (nés du 1.1.2007 au 31.12.2025) ou handicapés quel que soit l'âge H ☐
Année de naissance ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

dont enfants titulaires de la carte d'invalidité ou de la CMI-invalidité I ☐
Année de naissance ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Nom et adresse de l'autre parent

Renseignements sur vos enfants

Nom, prénom
Date de naissance
Lieu de naissance
Nom, prénom
Date de naissance
Lieu de naissance

Autres personnes invalides à charge, vivant sous votre toit

Nombre de titulaires de la carte d'invalidité ou de la CMI-invalidité R ☐
Année de naissance ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Nom, prénom, date et lieu de naissance

.....
.....

D | RATTACHEMENT EN 2025 D'ENFANTS MAJEURS OU MARIÉS nés du 1.1.2004 au 31.12.2006 ou, s'ils sont ÉTUDIANTS, nés du 1.1.2000 au 31.12.2006

Nombre d'enfants célibataires (ou veufs ou divorcés) majeurs sans enfant J ☐
Nombre d'enfants mariés/pacsés et d'enfants non mariés chargés de famille (y compris le conjoint et les enfants) N ☐

Monsieur ☐ Madame ☐
Nom, prénom
Date et lieu de naissance
Indiquez l'adresse de votre enfant si elle est différente de la vôtre pour ne pas être imposé à la taxe d'habitation
N° / Rue
CP / Commune
Monsieur ☐ Madame ☐
Nom, prénom
Date et lieu de naissance
N° / Rue
CP / Commune

INFORMATIONS

COORDONNÉES BANCAIRES Si ces coordonnées sont inexactes ou absentes, joignez **obligatoirement** un RIB.

BIC | PSSTFRPPSCE | IBAN | FR89 2004 1010 126X XXXX XXX3 331

Ces coordonnées bancaires seront utilisées pour le paiement de votre impôt sur le revenu dans le cadre du prélèvement à la source. En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la DGFIP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la DGFIP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Déclaration des revenus 2025 (2042 / 2042 C / 2042 RIC)

Traitements, salaires

1AJ Salaires - Déclarant 1 : 30580

1GH Heures supplémentaires et jours RTT - Déclarant 1 : 588

Prélèvement à la source

8HV RAS sur salaires et pensions - Déclarant 1 : 1454

Informations connues de l'administration

Informations connues de l'administration avant modifications éventuelles par le déclarant

1AJ) Salaires - Déclarant 1

33450476800014 - STEF TRANSPORT PARIS ATHIS : 25315 euros

Revenus d'heures supplémentaires exonérées : 588 euros

Retenue à la source déjà payée : 1454 euros

69201266900077 - NATIXIS INTEREPARGNE : 3647 euros

32372216500020 - CPAM EVRY 911 : 1618 euros

Total : 30580 euros

Cadre réservé à l'administration

Coordonnées bancaires modifiées en cours de campagne : NON