



REPUBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitaviana - Tenindrazana - Fandrosoana

AMBASSADE DE MADAGASCAR
EN FRANCE

FORMULAIRE POUR UNE DEMANDE DE LAISSEZ-PASSER

Je soussigné(e)

NOM	_____
Prénoms	_____
Né(e)	_____ à _____
Fils / Fille de	_____ né(e) le ____/____/____ à _____
Et de	_____ né(e) le ____/____/____ à _____
Epoux(se) / Veuf(ve) / Divorcé(e)	_____
Nationalité de l'époux(concerne les femmes mariées ou veuves)	_____
Profession	_____

<input type="checkbox"/> D'origine	<input type="checkbox"/> Par mariage avec un malgache
<input type="checkbox"/> Par naturalisation – N° et date du décret	_____

Taille	_____ m	Couleur des yeux :	_____	Couleurs des cheveux :	_____
Signes particuliers :	_____				

N°	_____	Rue	_____		
Code postal	_____	Ville	_____	Pays	_____
Téléphone	_____				

Fait à Paris, le _____
Signature : _____