



**REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA**  
Fitiavana - Tanindrazana - 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€ le __/__/__ à _____
Et de _____ né€ 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 _____		

Autorisation parentale pour les enfants de moins de 15 ans	
Je, soussigné€	
Père/Mère/Tuteur ou Tutrice légale né(e) le : à _____	
Autorise à cet(te) enfant à solliciter	
<input type="checkbox"/> La délivrance d'un passeport	<input type="checkbox"/> La prorogation de son passeport
Autorise l'insertion dans son passeport de :	
Enfant 1 – Nom : _____	Prénoms : _____
Enfant 2 – Nom : _____	Prénoms : _____
Enfant 3 – Nom : _____	Prénoms : _____
Fait à Paris, le _____	
Signature : _____	