



REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana

AMBASSADE DE MADAGASCAR
AU ROYAUME-UNI

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(e)	
Père/Mère/Tuteur ou Tutrice légale né(e) le _____ à _____	
Autorise la délivrance d'un Laissez-Passer à:	
Enfant 1 – Nom : _____	Prénoms : _____
Enfant 2 – Nom : _____	Prénoms : _____
Enfant 3 – Nom : _____	Prénoms : _____
Fait à Londres, le _____	
Signature :	