



AMBASSADE DE MADAGASCAR EN FRANCE
4 Avenue RAPAHAEL 75016 PARIS

TFe N°6

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE
TRANSCRIPTION DE NAISSANCE**

1. NOM [nom de jeune fille]:

2. NOM de l'époux:

3. PRENOMS:

4. DATE DE NAISSANCE:

5. SEXE

MASCULIN	<input type="checkbox"/>	FEMININ	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	---------	--------------------------

6. ETAT CIVIL

CELIBATAIRE	<input type="checkbox"/>	MARIE	<input type="checkbox"/>	DIVORCE	<input type="checkbox"/>	VEUF(VE)	<input type="checkbox"/>	AUTRE	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	-------	--------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------	-------	--------------------------

7. NOM DU PÈRE

8. DATE DE NAISSANCE DU PÈRE

Né le ____/____/____

9. NATIONALITE DU PÈRE

10. NOM DE LA MERE

11. DATE DE NAISSANCE DE LA MÈRE

Née le ____/____/____

12. NATIONALITE DE LA MERE

PARTIE RESERVEE A L'AMBASSADE

DATE DE LA DEMANDE

INSTRUCTION DU DOSSIER

DATE

TYPE

TRANSCRIPTION DE NAISSANCE

DATE DE RETRAIT

REFERENCE ENVOI

DECISION

REFUS		ACCORD
-------	--	--------

SIGNALEMENT

13. ADRESSE DU DEMANDEUR EN FRANCE:

14. ADRESSE E-MAIL DES PARENTS OU DU DEMANDEUR:

15. NUMERO TELEPHONE:

16. PROFESSION OU QUALITE DU DEMANDEUR:

27. N° CARTE D'IDENTITE FRANCAISE OU TITRE DE SEJOUR :

LIEU ET DATE.....
"LU ET VERIFIE"

SIGNATURE :

NB: POUR LES MINEURS, A SIGNER PAR LES PARENTS OU LE TUTEUR LEGAL