



AMBASSADE DE MADAGASCAR EN FRANCE
4 Avenue RAPAHAEL 75016 PARIS

TFe N°8

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE
TRANSCRIPTION DE DECES**

1. NOM [nom de jeune fille]:					PARTIE RESERVEE A L'AMBASSADE	
2. NOM de l'époux:					DATE DE LA DEMANDE	
3. PRENOMS:						
4. DATE ET LIEU DE NAISSANCE:					INSTRUCTION DU DOSSIER	
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. DATE DE DECES					DATE	
8. NATIONALITE :					TYPE	
9. NOM DU PÈRE					TRANSCRIPTION DE DECES	
Né(e) le _____/_____/_____					DATE DE RETRAIT	
10. NOM DE LA MERE					REFERENCE ENVOI	
Né(e) le _____/_____/_____						
SIGNALEMENT						
11. NOM DU DEMANDEUR					DECISION	
					REFUS	ACCORD
12. ADRESSE DU DOMICILE DU DEMANDEUR EN FRANCE:						
13. ADRESSE E-MAIL DU DEMANDEUR:						
14. NUMERO TELEPHONE:						
15. RAPATRIEMENT DE CORPS A MADAGASCAR. <input type="checkbox"/>				ENTERREMENT EN FRANCE <input type="checkbox"/>		
16. LIEU D'INHUMATION MADAGASCAR :						
LIEU ET DATE..... "LU ET VERIFIE"				SIGNATURE :		