

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PASSEPORT

SIGNATURE OU EMPREINTE DU DEMANDEUR

PRIORITE

☐ URGENT
☐ PRIORITAIRE
☐ ROUTINE

MOTIF DE LA DEMANDE

☐ EVACUATION SANITAIRE
☐ TOGOLAIS VIVANT A L'ETRANGER
☐ AFFAIRES
☐ ETUDIANTS
☐ FONCTIONNAIRE EN VACANCES
☐ MISSION A L'ETRANGER
☐ AUTRES

ORIGINE DE LA DEMANDE :

TYPE DE PASSPORT

☐ ORDINAIRE
☐ DIPLOMATIQUE
☐ SERVICE

RAISON DE LA DELIVRANCE

☐ PREMIERE DEMANDE
☐ PASSEPORT PERDU OU VOLE
☐ PASSPORT EXPIRE

DEPOSEE LE: _____

I. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM :

EPOUSE :

PRENOMS:

PAYS DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

LIEU DE NAISSANCE :

DATE DE NAISSANCE :

PREFECTURE :

SEXE :

PROFESSION :

SITUATION DE FAMILLE:

ADRESSE COURANTE:

AUTRE ADRESSE :

CERTIFICAT DE NATIONALITE N° :

DELIVRE LE :

CERTIFICAT DE NAISSANCE N° :

DELIVRE LE :

A :

CARTE D'IDENTITE NATIONALE N° :

DELIVRE LE :

A :

II. PARENTS

NOM PERE :

PRENOMS :

NATIONALITE

NOM MERE :

PRENOMS :

NATIONALITE

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

III. SIGNATURE

TAILLE :

VISAGE :

YEUX :

BOUCHE :

CHEVEUX :

TEINT :

SIGNES PARTICULIERS :

IV. RENSEIGNEMENTS DU PASSEPORT

NUMERO DU PASSPORT :

NUMERO DE L'ANCIEN :

DATE DE DELIVRANCE :

DATE DE EXPIRATION :



N° /CGTP/

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) :

Age : Profession :

Adresse complète :

.....

N° Tél. :

Agissant en qualité de Père, Mère, Tuteur, Parent investi du droit de garde (1),
Autorise l'établissement d'un Titre de voyage, Laissez-passer, Passeport, Carte consulaire ou autre

En faveur du, de la, Mineur (e) :

Nom & Prénoms :

Age : Profession :

Adresse complète :

.....

N° Tél :

Paris, le

Signature du représentant légal

Vu pour le Certification Matérielle

De la signature de Mr ☐ Mme ☐ Mlle ☐

Paris, le

NB : (1) rayer les mentions inutiles

(2) Joindre la photocopie de la pièce d'identité du parent

CONSULAT GENERAL DU TOGO



REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail - Liberté - Patrie

8, Rue Alfred Roll 75017 PARIS

Tél: 01 43 80 12 13

Fax: 01 43 80 06 05

<http://france.consulatogo.org>

france@consulatogo.org



N° /CGTP/

Paris, le

ATTESTATION DE PERSONNE A PREVENIR

Je soussigné (e) _____

Age _____

Adresse complète _____

Tél. _____

Déclare par la présente être la personne à prévenir en cas de besoins en faveur de :

Nom et Prénoms _____

Age _____

Adresse complète _____

Tél. _____

Paris, le _____

Signature

Vu pour la certification Matérielle

De la signature de Mr ☐ Mme ☐ Mlle ☐

Paris, le _____

NB : Joindre la photocopie de la pièce d'identité de la personne