

Ambassade de la République du Bénin

2124 Kalorama Road N.W.

Washington DC, 20008

Tél. : (202) 232-6656 - Fax: (202) 265-1996

DEMANDE DE LAISSEZ-PASSER

Tenant lieu de Passeport

- - - - -

Noms & Prénoms _____

Situation de Famille : _____

Né (e) le : _____ à _____

Fils ou Fille de : _____ et de _____

Pièces d'Identité présentées : _____

Profession : _____

Adresse aux Etats-Unis : _____

Tél : _____ Email : _____

Adresse au BENIN : _____

Sollicite un Laissez-Passer pour se rendre à : _____

Adresse précise de destination : _____

Date probable de voyage : _____ Date probable de retour _____

Voyage sous la garde de (1) _____

MOTIF DETAILLE DU VOYAGE : _____

SIGNALEMENT :

Taille : _____

Teint : _____

Couleur des Yeux : _____

Couleur des cheveux : _____

Signes Particuliers : _____

Avis de l'Ambassade : _____

1- Lorsqu'il s'agit d'un mineur

2 Ajouter vos noms, prénoms et adresse complète
si vous n'êtes pas le bénéficiaire du Laissez-Passer.

Washington, D.C., Le _____

Spécimen de signature du Demandeur (2)

PREVOIR UNE ENVELOPPE SUFFISAMMENT AFFRANCHIE POUR LA REEXPEDITION DE VOTRE DOSSIER SOUS PLI
RECOMMANDE AVEC ACCUSE DE RECEPTION.-

BIEN VOULOIR PREVOIR POUR CHAQUE PIECE OU ACTE DEMANDE UN MONEY ORDER CORRESPONDANT