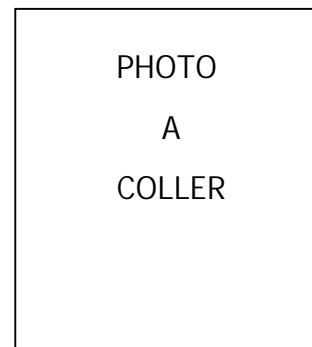


CONSULAT DE LA
REPUBLIQUE
DE MADAGASCAR
45, boulevard de Courtais
03000 MOULINS
Tél. 04 70 44 13 44
Fax 04 70 46 71 19

DEMANDE DE VISA DE MOINS DE TROIS MOIS
NON PROROGÉABLE



JOINDRE OBLIGATOIREMENT ATTESTATION DE L'AGENCE DE VOYAGE JUSTIFIANT BILLET ALLER ET RETOUR OU PHOTOCOPIE DU BILLET D'AVION

NOM Prénom
Nom de jeune fille
Né(e) le à
Situation de famille
Nationalité actuelle d'origine
Domicile habituel
..... Téléphone
Profession ou qualité Employeur
Adresse Téléphone

PASSEPORT N° délivré à
par le
..... expire le

Date et lieu d'entrée à Madagascar
Date et lieu de sortie

Voyagez-vous seul ?
Indiquez les noms et prénoms de membres de votre famille vous accompagnant

AVIS DU CHEF DE POSTE
Visa n°
Date
Type
Nombre de jours
Nombre d'entrées
Perçu
Quittance n°
du
Référence

Motif du voyage : TOURISME AFFAIRES AUTRES (à préciser)

Si affaires, congrès ou manifestations, études ou stages, indiquez les NOMS et adresses des commerçants ou industriels, de l'organisateur, des établissements fréquentés, lieux, dates et durée :

Si vous avez déjà habité pendant plus de trois ans à Madagascar, précisez où et quand :

Attaches familiales ou références à Madagascar

Indications de vos adresses à Madagascar durant votre séjour, et conditions d'hébergement

Personne à prévenir en cas de nécessité et pouvant servir de garantie en France

Je m'engage à n'accepter aucun emploi rémunéré ou au pair durant mon séjour, à ne pas m'y installer définitivement, et à quitter le territoire malgache à l'expiration du visa qui me sera éventuellement accordé. Ma signature engage ma responsabilité et m'expose, en sus des poursuites prévues par la loi en cas de fausses déclarations, à me voir refuser tout visa à l'avenir.

A Le

Signature :