



**AMBASSADE DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
PRÈS LA RÉPUBLIQUE D'AFRIQUE DU SUD**

**DEMANDE DE RAPATRIEMENT D'UNE DÉPOUILLE MORTELLE
(APPLICATION FORM FOR THE REPATRIATION OF MORTAL REMAINS)**

A. IDENTITÉ COMPLÈTE DU DEFUNT

1. NOM (Surname) :
2. POSTNOM (Middle Name) :
3. PRENOM (First Name) :
4. LIEU DE NAISSANCE (Place of Birth) :
5. DATE DE NAISSANCE (Date of Birth) : SEXE :
6. PASSEPORT N° : DELIVRE LE.....
7. LIEU DE DECES :
8. DATE DE DECES :

B. IDENTITÉ DU DÉCLARANT

1. Nom et Prénom (Full Name) :
2. Lien avec le défunt (Relationship to the Deceased) :
3. Téléphone (Phone Number) :
4. E-mail :
5. Adresse complète (Full Address) :

Type et N° de pièce d'identité (ID/Passport No.) :

Je certifie par la présente que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts, sincères et véridiques. Je m'engage à les mettre à jour en cas de changement.

Fait à, le/...../..... Signature

CONDITION:

- Passeport ou
- Carte d'Electeur et
- Document attestant de votre établissement en Afrique du Sud

Le délai d'exécution du service est fixé à quarante-huit (48) heures.