

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S EOFFICE NATIONAL  
DES ANCIENS COMBATTANTS  
ET VICTIMES DE GUERRE

D E M A N D E D E

- CARTE DU COMBATTANT  
 TITRE DE RECONNAISSANCE DE LA NATION  
 ATTESTATION D'EXTENSION DES DROITS

au titre des services accomplis au cours des guerres, opérations ou missions prévues  
aux articles L 253 et suivants, R 223 et suivants, D 266-1 à 5 et A 115 et suivants  
du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

I D E N T I F I C A T I O N(à compléter en majuscules)

NOM USUEL : \_\_\_\_\_

NOM MARITAL : \_\_\_\_\_

Votre état civil était différent lors de votre incorporation ou engagement 

(cocher et voir liste des pièces à joindre)

Vous avez un représentant légal ou nommé 

(cocher et voir liste des pièces à joindre)

PRÉNOMS : \_\_\_\_\_

(dans l'ordre de l'état civil)

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

PAYS DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

FILIATION Père : \_\_\_\_\_  
(pour les ressortissants étrangers  
uniquement)

Mère : \_\_\_\_\_

NATIONALITÉ : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
(de résidence)

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

**IMPORTANT** : Toute correspondance relative à vos demandes sera transmise à l'adresse mentionnée ci-dessus

DÉPARTEMENT : \_\_\_\_\_ PAYS : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

ADRESSE ÉLECTRONIQUE : \_\_\_\_\_

☞ Vous êtes déjà titulaire d'un Titre de reconnaissance de la Nation :  oui  non  
 Dans l'affirmative, indiquez le numéro : \_\_\_\_\_  
 le département de délivrance : \_\_\_\_\_

☞ Vous êtes déjà titulaire d'une carte du combattant :  oui  non  
 Dans l'affirmative, indiquez le numéro : \_\_\_\_\_  
 le département de délivrance : \_\_\_\_\_

