



N° PASSEPORT/numero passaporto.....  
DÉLIVRÉ LE/rilasciato il.....  
EXPIRE LE/scadenza il.....

**DEMANDE DE LAISSEZ-PASSER AU NOM DU (O DES) MINEURS (richiesta di lasciapassare per minori)**

**N°** \_\_\_\_\_

**JE SOUSSIGNÉ(E)/io sottoscritto(a)**

**NOM/ cognome**.....

**PRÉNOM/ nome**.....

N° PASSEPORT/numero passaporto..... DÉLIVRÉ LE/rilasciato il..... EXPIRE LE/scadenza il.....

NATIONALITÉ/cittadinanza.....

PROFESSION/professione.....

ADRESSE EN ITALIE/indirizzo in Italia.....

CAP..... VILLE/città..... TEL/tel.....

EN QUALITÉ DE/in qualità di  PÈRE/padre  MÈRE/madre

DEMAND AU CONSULAT HON. DU BÉNIN À VENISE (ITALIE) DE DELIVRER UN LAISSEZ-PASSER AU NOM DE/chiede al  
Consolato On. del Bénin a Venezia di rilasciare un lasciapassare al nome di

LE-LA MINEUR/il-la minore ..... NÉ-NÉE A/nato(a) in..... LE/il.....

ADRESSE EN ITALIE/indirizzo in Italia.....

**SIGNALEMENT/dati**

TAILLE/altezza ..... CHEVEUX/capelli .....

YEUX/occhi ..... SIGNE PARTICULAIRE/segni particolari .....

POUR SE RENDRE À/per recarsi a..... PARCOURS/percorso.....

ADRESSE AU DESTINATION/indirizzo di destinazione.....

MOTIF DU VOYAGE/motivo del viaggio.....

DATE PROBABLE DU VOYAGE/data probabile del viaggio.....

Garantisco che le informazioni sopra riportate sono veritiere

J'AUTORISE LE/LA MINEUR À SE RENDRE AU BÉNIN SOUS LA GARDE DE:

Autorizzo il/la minore a recarsi in Bénin sotto la custodia di:

LE PÈRE/il padre  LA MÈRE/la madre  OU DE/o di

.....

FAIT A VENISE/fatto a Venezia..... LE/il.....

SIGNATURE DU DEMANDEUR  PÈRE/padre  MÈRE/madre  
firma del richiedente padre – madre

CONSOLATO ON. A VENEZIA

Via Sabbiona 29/N - 30034 Oriago di Mira - Città metropolitana di Venezia  
Tel. +39 041.42.65.593 Fax. +39 041.56.09.787 - E-mail : info@consolatobeninvenezia.it

Orario al pubblico: Dal Lunedì al Venerdì dalle 9 alle 12