الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ambassade d'Algérie à Budapest

سفارة الجزائر ببودابست

AUTORISATION PATERNELLE
DE DELIVRANCE DE PASSEPORT

Je soussigné (e) _____
Né (e) le _____
Demeurant _____

Agissant en qualité de :

☐ **Père**
☐ **Mère**
☐ **Tuteur légal**

Autorise par la présente, l'(les) enfant (s), ci-après :

1° _____ **Né (e) le** _____ **à** _____
2° _____ **Né (e) le** _____ **à** _____
3° _____ **Né (e) le** _____ **à** _____
4° _____ **Né (e) le** _____ **à** _____
5° _____ **Né (e) le** _____ **à** _____

☐ **à se faire établir un passeport individuel**

Signature : _____

Vu pour la légalisation
De la signature de
Mr.