



CERTIFICAT DE DECES

Prénom et nom :	
Né (e) le :	
Prénom du père :	
Prénom et nom de la mère :	
Est décédé (e) le :	à :
L'intéressé(e) est immatriculé (e) à cette ambassade sous le numéro :	

Dakar le :

Taxe perçue : 35000 F. CFA

Signature du requérant