



**DEMANDE DE LIVRET DE FAMILLE**

**Mairie de SAINT-GENIS-LAVAL**  
**Service Etat Civil**  
**106 avenue Georges Clémenceau**  
**69230 SAINT-GENIS-LAVAL**  
Tél : 04 78 86 82 00  
Fax : 04 78 86 82 49

- Mise a jour
  - Divorce
  - Décès
  - Reconnaissance
  - Changement de nom
- Duplicata
  - Perte
  - Détérioration
  - Séparation / Divorce

Je (nous) soussigné(e/s)  
Nom(s) et prénom(s) du (des) demandeur(s) :

.....  
.....

domicilié(e) (s) .....  
.....  
69230 SAINT GENIS LAVAL

N° TEL : .....

**PARTENAIRE 1**

NOM .....  
.....PRENOMS.....

NE LE.....  
A.....

En cas de décès : DATE .....A.....

**PARTENAIRE 2**

NOM .....  
.....PRENOMS.....

NEE LE.....  
A.....

En cas de décès : DATE .....A.....

**MARIAGE CELEBRE A .....LE .....**

En cas de divorce : DATE.....A.....

Je certifie(Nous certifions) exacts les renseignements portés ci-dessus

Fait à .....le.....

Signature(s),

**Tourner la page, SVP →**

## RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS

NOM.....

PRENOMS.....

NE LE ..... A.....

En cas de décès : DATE..... A.....

NOM.....

PRENOMS.....

NE LE ..... A.....

En cas de décès : DATE..... A.....

NOM.....

PRENOMS.....

NE LE ..... A.....

En cas de décès : DATE..... A.....

NOM.....

PRENOMS.....

NE LE ..... A.....

En cas de décès : DATE..... A.....

NOM.....

PRENOMS.....

NE LE ..... A.....

En cas de décès : DATE..... A.....

NOM.....

PRENOMS.....

NE LE ..... A.....

En cas de décès : DATE..... A.....