

DEMANDE

- CARTE DU COMBATTANT** et/ou **TRN**
 TRN

IDENTIFICATION

(à compléter en **MAJUSCULES**)

NOM usuel: _____

NOM marital: _____

PRÉNOMS : _____
(dans l'ordre de l'état civil)

Date de naissance: _____

Lieu de naissance: _____

Pays de naissance : _____

NATIONALITÉ : _____

PHOTO

Conforme à la
norme ISO/IEC
19794-5: 2005
du ministère de
l'intérieur

FILIATION Père : _____
(pour les ressortissants Mère : _____
étrangers uniquement)

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

ADRESSE _____
(de résidence) _____

CODE POSTAL _____ **VILLE:** _____

DÉPARTEMENT : _____ **PAYS :** _____

TÉLÉPHONE fixe: _____ mobile: _____

ADRESSE ÉLECTRONIQUE : _____

Avez-vous déjà effectué une demande de:

1) **Titre de reconnaissance de la Nation (TRN)**

Oui Non Rejet (indiquez le département)

le numéro: _____ la date de délivrance : _____

le conflit: _____ le département de délivrance : _____

2) **Carte du Combattant**

Oui Non Rejet (indiquez le département)

le numéro: _____ la date de délivrance : _____

le conflit: _____ le département de délivrance : _____

IMPORTANT : *La demande ne peut être traitée que si le dossier est complet*

Conflits: TOE 39/45 INDO/ CORÉE AFN OPEX

Terre Air Mer Gendarmerie Ministère de l'intérieur Douanes

Forces supplétives Autres, précisez : _____

Numéro matricule : _____
Date d'appel / rappel / engagement : _____
Bureau et classe de recrutement : _____
Date de fin de services actifs : _____
Date de radiation des contrôles des réserves : _____
Dernier grade obtenu : _____

| UNITE D'APPARTENANCE EN FRANCE (régiments, unités, formations diverses et de la Résistance dans lesquels vous avez servi) | UNITE D'APPARTENANCE <u>SUR LE THEATRE</u> DES CONFLITS et/ou DES OPERATIONS | | PÉRIODES D'AFFECTION | |
|---|--|------|----------------------|----|
| | Unité de détachement en OPEX | PAYS | DU | AU |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

3) OBSERVATIONS PARTICULIÈRES

Citation (s) Blessure (s) Maladie (s) Captivité

Joindre tout document ou récit circonstancié sur papier libre inhérent à l'une de ces rubriques si vous êtes concerné.

Je soussigné (e) _____ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à fournir à l'administration toute pièce justificative.

A _____ le _____ **(date obligatoire)**

Signature (**obligatoire**) :

IMPORTANT : La demande ne peut être traitée que si le dossier est complet