



La photographie /
Photo



L'empreinte du doigt
/ Thumbprint

DEMANDE / APPLICATION



NOM / SURNAME

PRENOM / NAME

SEX / SEX

DATE DE NAISSANCE / BIRTH DATE

LIEU DE NAISSANCE / PLACE OF BIRTH

NATIONALITÉ / CITIZENSHIP

COULEUR DES CHEVEUX / COLOR OF HAIR

COULEUR DES YEUX / COLOR OF EYES

TAILLE (CM) / HEIGHT (CM)

PROFESSION / PROFESSION

TÉLÉPHONE / TELEPHONE

ETAT CIVIL / CIVIL STATE

ADRESSE / ADDRESS



Je déclare qu'à ma connaissance, toutes les indications que j'ai fournies sont correctes et complètes. Je suis conscient de ce que toute fausse déclaration entraînera le rejet de ma demande ou l'annulation d'une adhésion du CIPDH s'il a déjà été délivré et peut entraîner des poursuites pénales à mon égard en application du droit des structures d'État qui traite la demande. Je suis prévenu que l'appartenance au CIPDH n'est pas compatible avec les actions illégales

I declare that to the best of my knowledge all particulars supplied by me are correct and complete. I am aware that any false statements will lead to my application being rejected or to the annulment of a CIPDH membership already granted and may also render me liable to prosecution under the law of the State structures which deals with the application. I am aware that membership of CIPDH is not compatible with illegal actions.



Date / Date

Signature / Signature