MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES
DE LA FRANCOPHONIE ET DE LA
COOPERATION
AMBASSADE DU GABON
2034 20th STREET N.W.
WASHINGTON, DC 20009

REPUBIQUE GABONAISE
UNION-TRAVAIL-JUSTICE
DEMANDE DE VISA

Nom
(Family Name) :_____

Prénom
(First Name) :_____

Né(e) le
(Date of Birth) :_____

Nationalité
d'Origine/Actuelle
(Citizenship
of Birth/Now) :_____

Profession
(Profession) :_____

Employeur
(Employer) :_____

Situation de Famille
(Marital Status) :_____

Residence Actuelle
(Permanent Address):_____

N° Téléphone
(Telephone N°) :_____

Situation Militaire
(Military Status):_____

NATURE ET DUREE DU VISA SOLLICITE/TYPE AND DURATION OF VISA

O VISA DIPLOMATIQUE

O VISA AFFAIRES

O VISA TOURISTE

TRANSIT & DESTINATION :_____
(TRANSIT TO):
AVEC ARRET DE :_____
(WITH STOP OVER) :

SEJOUR DE : _____Jours/days _____1mois/month _____3mois/months _____3ans/year
(STAY OF) :

REFERENCE DU PASSEPORT / PASSPORT INFORMATION

N° PASSEPORT
(PASSPORT N°) :_____
DATE DE DELIVRANCE
(DATE OF ISSUANCE) :_____ PAR/BY :_____
DATE D'EXPIRATION
(EXPIRATION DATE) :_____