



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

<input type="checkbox"/> VISA DIPLOMATIQUE <input type="checkbox"/> VISA AFFAIRES <input type="checkbox"/> 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) : _____	