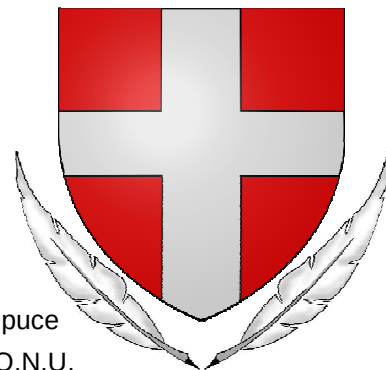


Demande de Carte d'Identité de l'Etat de Savoie



**A remettre au représentant de votre groupement
ou à renvoyer par courrier ou mail à l'adresse ci-dessous**

Toutes les données suivantes seront conservées par le groupement par lequel la carte d'identité a été émise.

- ☐ J'autorise le groupement à inscrire les informations me concernant dans la puce
☐ **Je n'autorise pas** le groupement à inscrire les informations me concernant dans la puce
☐ J'autorise le groupement à transmettre les informations me concernant auprès de l'O.N.U.
☐ **Je n'autorise pas** le groupement à transmettre les informations me concernant auprès de l'O.N.U.

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

(à remplir en lettres majuscules merci)

NOM **Epouse**

Prénoms

Adresse

..... **Province**

Ville **Code Postal**

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse mail :

Tél :

Tarif : 10 € Fournir une photo d'identité couleur ainsi
qu'une enveloppe timbrée pour -50g avec nom et adresse

Règlement : Pas de règlement à la commande, lorsque la carte sera prête, vous serez averti par le responsable de votre secteur qui
vous la remettra en main propre (sauf habitants hors de la Savoie tarif + 5,00 € pour envoi en recommandé)

Je soussigné, reconnaît les données précédentes me concernant exactes

A renvoyer à :

Ambassade de Savoie
Service Cartes d'Identité
338, Route de la Gruvaz
74170 St Gervais
interieur@etat-de-savoie.com

Pour les mineurs
signature d'un parent ou
d'une personne légalement responsable

Imprimé par l'Etat de Savoie modèle n°010001A5

Signature
du titulaire
(ne pas dépasser du cadre, merci)

Demande de mise en service de la Life-Card (facultatif)

Les informations suivantes seront insérées (sans aucun supplément de prix) dans la carte à puce en plus des informations précédentes
et ne seront lisibles qu'à partir d'un lecteur de carte approprié utilisé par les services d'urgence (pompiers, ambulanciers) et de
sécurité (policiers) de n'importe quel pays. Ces données resteront strictement confidentielles et ne seront nullement diffusées.

Groupe sanguin :

Allergies :

Contre-indications :

Traitements :

.....

Autre (Asthme, Diabète, Epilepsie...)

.....

Don d'organe : ☐ OUI ☐ NON ☐ pas d'indication

Personne à prévenir en cas de besoin Nom :

Prénom Tél. fixe ou Portable

Je soussigné, reconnaît les données précédentes me concernant exactes.

Pour les mineurs
signature d'un parent ou
d'une personne légalement responsable

Imprimé par l'Etat de Savoie modèle n°010001B5

Signature
du titulaire
(ne pas dépasser du cadre, merci)