



בקשה לתיעוד ממרשם האוכלוסין (תעודת לידה, תמצית רישום, תעודת פטירה)

Demande D'documentation de Registre de la Population
(Acte de Naissance, Extrait de Registre, Acte de Deces)

Le Demandeur:				פרטי מבקש השרות:
מספר הטלפון Numéro de téléphone	שם האב Prénom du père	השם הפרטי Prénom	שם המשפחה Nom de famille	מספר הזהות Numéro d'identité

Veillez cocher la case correspondant à votre demande

נא לסמן X במשבצת המתאימה לבקשתך

<input type="checkbox"/> Acte de naissance	<input type="checkbox"/> תעודת לידה
L'acte demandé dans l'une des langues : hébreu <input type="checkbox"/> / Anglais <input type="checkbox"/> (remplir en caractères latins)	
התעודה מבוקשת בשפה <input type="checkbox"/> עברית / <input type="checkbox"/> אנגלית (יש למלא את כל הפרטים בלועזית)	
Nom de famille du grand-père maternel _____	
שם המשפחה של אבי האם _____	
Nom de l'hôpital où la naissance a eu lieu _____	
שם בית החולים שבו אירעה הלידה _____	
Commune _____	
היישוב _____	
אם אינך מקרבה ראשונה לאדם אודותיו מבוקש השירות, עליך לצרף מכתב עם נימוק לבקשה, או ייפוי כח	
Si vous êtes un parent au premier degré de la personne objet de la demande veuillez joindre une lettre contenant les raisons de la demande ou une procuration.	

<input type="checkbox"/> Extrait d'état civil	<input type="checkbox"/> תמצית ממרשם האוכלוסין
Requis aux fins de _____	
דרוש למטרת _____	
אם הבקשה מבוקשת עבור בן משפחה מקרבה ראשונה יש לצרף ייפוי כח ותעודת זהות של בן המשפחה.	
אם הבקשה מבוקשת עבור בן משפחה אחר או עבור הזולת לצרף ייפוי כח מעורך דין או פסק דין מבית משפט.	
Si la demande concerne un parent au premier degré veuillez y joindre une procuration ainsi que la carte d'identité dudit parent.	
Si la demande concerne un autre parent ou toute autre personne veuillez y joindre une procuration signée devant un notaire ou un jugement du tribunal.	

<input type="checkbox"/> Acte de décès	<input type="checkbox"/> תעודת פטירה
Date du décès : _____	
תאריך הפטירה _____	
Lieu du décès : _____	
מקום הפטירה _____	
Nom de l'hôpital _____	
Commune _____	
היישוב _____	
שם בית החולים _____	

Informations relatives à la personne objet de la demande:

פרטי האדם אודותיו מבוקשת הבקשה:

מספר הזהות / Numéro d'identité					
שם האם Prénom de la mère	שם האב Prénom du père	מין Sexe	תאריך לידה לועזי Date de naissance	השם הפרטי Prénom	שם המשפחה Nom de famille
		Masculin <input type="checkbox"/> זכר Féminin <input type="checkbox"/> נקבה			
ארץ הלידה Pays de naissance	המצב האישי Situation familiale		שם משפחה קודם Nom de famille antérieur	שם פרטי קודם Prénom antérieur	שם נעורים לנשוי/אה Nom jeune fille/ homme
	Marié(e) <input type="checkbox"/> נשוי/אה Célibataire <input type="checkbox"/> רווק/ה Veuf/veuve <input type="checkbox"/> אלמ/ה divorcé(e) <input type="checkbox"/> גרושה				
מספר הטלפון Numéro de téléphone	המיקוד Code postal	מספר הדירה N° d'appartement	מספר הבית Numéro d'immeuble	הרחוב Rue	היישוב Commune

Adresse aux fins de transmission du document:

המען למשלוח התיעוד:

מספר הטלפון Numéro de téléphone	מספר הבית Numéro d'immeuble	הרחוב Rue	המיקוד Code postal	היישוב Commune
Signature	חתימה	Date		תאריך

Cadre réservé à l'administration לשימוש משרדי בלבד

קבלה מס' מתאריך:	השלכה האזורית ב- _____ תאריך: _____
	שם מקבל הבקשה: _____ שם הבדוק: _____