DEMANDE DE DUPLICATA D'UN CERTIFICAT DE SÉLECTION MÉDICALE

JE SOUSSIGNÉ(E)

Numéro de dossier	
Nom	
Prénom	
Date et lieu de naissance	
N° document d'identité	
Adresse (rue, n°, boîte)	
Code postal + commune	
N° Registre national (facultatif)	

sollicite un duplicata de mon certificat de sélection médicale, pour le motif suivant (1) :

☐ perte

☐ vol

☐ destruction

☐ détérioration, illisibilité

☐ changement d'adresse

Apposer ici des timbres fiscaux en entier pour une valeur de 5 EUR

Annulez ces timbres.

(1) Cocher la case adéquate

Fait à ....., le ..... Signature :