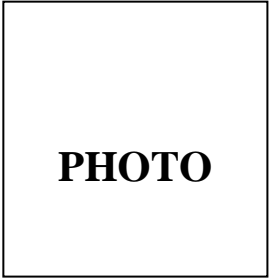




**DEMANDE DE VISA DE SEJOUR OU DE TRANSIT AU BURKINA FASO
N° _____/ABF/B**

INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM (en lettres capitales)
 Nom de jeune fille
 Prénom (s)
 Date de naissance
 Lieu de naissance
 Profession.....
 Nationalité : - d'origine.....
 - actuelle.....
 Situation de familleNombre d'enfants.....
 Adresse
 TéléphoneGSM.....



NATURE ET DUREE DU VISA SOLLICITE

TRANSIT	SEJOUR	PASSEPORT
Durée de l'arrêt	Durée du séjour	Numéro
Date et lieu d'arrivée au Burkina Faso		Délivré le
Date et lieu de départ du Burkina Faso		Par
Destination à la sortie du Burkina Faso
Nombre d'entrées <input type="radio"/> une entrée <input type="radio"/> plusieurs entrées		Valable jusqu'au

INFORMATIONS RELATIVES AU VOYAGE

Motif du voyage
 Lieu (x) de destination.....
 Noms et adresses des personnes citées en références ou attaches familiales au Burkina Faso :

Téléphone.....
 Villes à visiter pendant votre séjour
 Dates et lieux des précédents séjours au Burkina Faso

ENGAGEMENT

Vous engagez-vous à n'accepter aucun emploi rémunéré ou au pair durant votre séjour au Burkina Faso à ne pas chercher à vous y installer définitivement et à quitter le territoire à l'expiration du visa qui vous sera éventuellement accord ? **Oui** **Non**

Ma signature engage ma responsabilité et m'expose en sus des poursuites prévues par la Loi en cas de fausses déclarations, à me voir refuser tout visa à l'avenir.

Signature du Requérant

Bruxelles, le

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION			
AVIS DE L'AGENT CONSULAIRE		DECISION DE L'AMBASSADEUR	
<input type="radio"/> Favorable	<input type="radio"/> Défavorable	<input type="radio"/> Accord	<input type="radio"/> Refus
Date :		Date :	

VOIR CONDITIONS EN ANNEXE



VACCINS

1. Vaccin obligatoire : Fièvre jaune
2. Vaccins recommandés : Choléra et traitement préventif contre le paludisme