



MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

OFFICE NATIONAL DES ANCIENS
COMBATTANTS ET VICTIMES DE
GUERRE**DEMANDE DE RETRAITE DU COMBATTANT***Art. L. 255 du Code des pensions militaires d'invalidité.***ÉTAT CIVIL**

NOM : _____

Prénom (s) : _____

(très exactement dans l'ordre où ils sont portés sur l'acte de naissance)

Né(e) le : ____ / ____ / ____ À : _____

Adresse : _____

Étage - escalier - appartement

Immeuble - bâtiment - résidence

N° Extension Type de voie Nom de la voie

Lieu-dit ou boîte postale Code postal Localité

NATIONALITÉ (1) Je déclare que je suis de nationalité française et n'ai jamais perdu cette nationalité. (1) J'étais de nationalité _____
lorsque j'ai acquis le droit à la carte du combattant.*(1) Cocher la case correspondante***QUALITÉ DE COMBATTANT**La carte du combattant n° m'a été délivrée le : ____ / ____ / ____

par le service départemental de l'office national des anciens combattants et victimes de guerre

de

N° de sécurité sociale (N° INSEE) : _____

À : _____ le : ____ / ____ / ____

Signature du demandeur