

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

OFFICE NATIONAL DES ANCIENS  
COMBATTANTS ET VICTIMES DE  
GUERRE

## DEMANDE DU TITRE DE PRISONNIER DU « VIÊT-MINH »

### DEMANDEUR

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Nationalité française :  oui  non

Adresse : \_\_\_\_\_

Étage - escalier - appartement

Immeuble - bâtiment - résidence

N °

Extension

Type de voie

Nom de la voie

Lieu-dit ou boîte postale

Code postal

Localité

Courriel : \_\_\_\_\_

Êtes-vous :  EX-PRISONNIER

AYANT-CAUSE

conjoint survivant

descendant

ascendant

### ÉTAT CIVIL DU PRISONNIER (décédé)

(à ne remplir que si le demandeur est un ayant-cause)

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Le prisonnier était-il français (ou protégé français) à la date du décès ?  oui  non

Date du décès : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Lieu du décès : \_\_\_\_\_

Degré de parenté avec l'auteur de la demande : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LA CAPTIVITÉ

### SITUATION À LA DATE DE LA CAPTURE

Capturé le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

comme : MILITAIRE Régiment : \_\_\_\_\_

CIVIL Le prisonnier civil était-il français (ou protégé français)  
à la date de la capture ?  oui  non

### DATES ET LIEUX DE DÉTENTION

CAMPS  
OU  
LIEUX  
DE  
DÉTENTION { 1° \_\_\_\_\_ du : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
2° \_\_\_\_\_ du : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
3° \_\_\_\_\_ du : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### BLESSURE OU MALADIE

Si l'ex-prisonnier a contracté une blessure ou une maladie en captivité, circonstances du fait à l'origine de la blessure ou de la maladie :

Nom et adresse des témoins de la blessure ou de la maladie :

- La captivité a pris fin par :
- LIBÉRATION
  - collective
  - ÉVASION
  - individuelle
  - DÉCÈS EN DÉTENTION

En cas d'évasion ou de libération, circonstances de date et de lieu dans lesquelles elle s'est produite :

Nom et adresse des témoins de l'évasion :

Date de prise en charge du libéré ou de l'évadé par les autorités françaises ou par le comité international de la Croix-Rouge :

Le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Organisme de prise en charge : \_\_\_\_\_

Formations sanitaires ayant prodigué leurs soins après la captivité :

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature