

<input type="checkbox"/> <i>EPOUX</i> <input type="checkbox"/> <i>PERE</i> <i>NOM</i> : _____ <i>Prénoms</i> : _____ <i>Né le</i> : _____ <i>A</i> : _____ <i>Décédé le</i> : _____ <i>A</i> : _____ <i>Nationalité</i> : _____	<input type="checkbox"/> <i>EPOUSE</i> <input type="checkbox"/> <i>MERE</i> <i>NOM</i> : _____ <i>Prénoms</i> : _____ <i>Née le</i> : _____ <i>A</i> : _____ <i>Décédée le</i> : _____ <i>A</i> : _____ <i>Nationalité</i> : _____
--	---

<i>MARIAGE</i>	<i>DIVORCE-SEPARATION</i>
Le _____ A _____	Le _____ TGI _____

<i>ENFANTS</i>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 1 <i>NOM</i> : _____ <i>Prénoms</i> : _____ <i>Né le</i> : _____ <i>A</i> : _____ <i>Décédé le</i> : _____ <i>A</i> : _____ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 2 <i>NOM</i> : _____ <i>Prénoms</i> : _____ <i>Né le</i> : _____ <i>A</i> : _____ <i>Décédé le</i> : _____ <i>A</i> : _____ </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 3 <i>NOM</i> : _____ <i>Prénoms</i> : _____ <i>Né le</i> : _____ <i>A</i> : _____ <i>Décédé le</i> : _____ <i>A</i> : _____ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 4 <i>NOM</i> : _____ <i>Prénoms</i> : _____ <i>Né le</i> : _____ <i>A</i> : _____ <i>Décédé le</i> : _____ <i>A</i> : _____ </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 5 <i>NOM</i> : _____ <i>Prénoms</i> : _____ <i>Né le</i> : _____ <i>A</i> : _____ <i>Décédé le</i> : _____ <i>A</i> : _____ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 6 <i>NOM</i> : _____ <i>Prénoms</i> : _____ <i>Né le</i> : _____ <i>A</i> : _____ <i>Décédé le</i> : _____ <i>A</i> : _____ </div>