



1

[illegible]

11

7

|| || / || || || / || || || || A

☐

7

A horizontal number line with 20 equally spaced tick marks, labeled from 1 to 20.

A horizontal number line with 20 tick marks, labeled from 0 to 19. The line is used for plotting data points.

| | | | / | | / | | / | | Ou | | | / | | / | | / | |

MARIE(E)[illegible]

I

7

9

**** Informations requises pour les agents publics**

INFORMATIONS DU DEUXIEME PARENT

*NOM (S)

*PRENOM (S)

*NE(E) LE / / A

*DATE ET LIEU DE MARIAGE / / (le cas échéant)

*N° MATRICULE SOLDE - (le cas échéant)

*N° PENSION -

*N° CNAMGS - - (le cas échéant)

*N° CNSS - - (le cas échéant)

TELEPHONE / / /

*NATIONALITE ☐ GABONAISE ☐ AUTRE (à préciser)

**MINISTERE/ADMINISTRATION

*SERVICE

**FONCTION ACTUELLE

** Les champs obligatoires doivent être remplis sous peine d'irrecevabilité*

*** Informations requises pour les agents publics*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Fait à le

Signature :



DEMANDE DE PRIME A LA NAISSANCE

Conformément à l'article 17 de la loi n°007/2017 du 09 août 2017 fixant le régime des prestations familiales et sociales applicables aux agents de l'Etat et leurs ayants droit.

Conformément aux articles 4; 16 et 17 de l'arrêté n°001752/MEFSN/CPPF déterminant les modalités de versement des prestations familiales et sociales aux agents de l'Etat et à leurs ayants droit.

PIECES A FOURNIR

Formulaire de demande de prestation de maternité renseigné et signé *
Photo d'identité récente du demandeur *
Attestation de non perception de la prime à la naissance pour le conjoint agent du secteur privé *
Copie légalisée de l'acte de naissance de l'enfant ou une copie du certificat d'accouchement (moins de 6 mois) *
Copie légalisée de l'acte de mariage pour les assurés mariés *

** obligatoire*

AGENT DE RECEPTION	DATE DE RECEPTION
Nom & Prénom, signature	