



DEMANDE D'ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL

INFORMATIONS DU DEMANDEUR (ASSURE CPPF)

*AGENT PUBLIC

*RETRAITE(E)

*N° MATRICULE SOLDE -

*Nº PENSION

*N° CNAMGS - - -

*MONSIEUR *MADAME

*PRENOM (S) _____

PAYS

GABONAISE AUTRE (à préciser) | | | | |

**SERVICE

**FONCTION ACTUELLE | | | | | | | | | | | | | | | | | |

NATURE DE LA PIECE

NUMERO DE LA PIECE

LIEU DE DELIVRANCE

*ADRESSE (VILLE, QUARTIER)

*SITUATION MATRIMONIALE

MARIE(E) CELIBATAIRE EN CONCUBINAGE DIVORCE(E)

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

*** Informations requises pour les agents publics**



INFORMATIONS DU DEUXIEME PARENT

*NOM (S) _____

*PRENOM(S) _____

*NE(E) LE _____ / _____ / _____ A _____

*DATE ET LIEU DE MARIAGE _____ / _____ / _____

*N° MATRICULE SOLDE _____ - _____ (le cas échéant)

*N° PENSION _____ - _____ (le cas échéant)

*N° CNAMGS _____ - _____ - _____ - _____

*N° CNSS _____ - _____ - _____ - _____ (le cas échéant)

TELEPHONE _____ / _____ / _____ / _____ ou _____ / _____ / _____ / _____

*NATIONALITE GABONNAISE 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 :



INFORMATIONS CONCERNANT LES ENFANTS A ALIGNER (AUTRES)

ENFANT

ENFANT

ENFANT

ENFANT



DEMANDE D'ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL

Conformément aux articles 10 ; 19 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 ; 20 et 21 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 d'allocation de soutien familial renseigné et signé *
Certificat médical signé par un médecin spécialiste inscrit à l'ordre des médecins (selon le cas spécifique de la pathologie) *
Certificat médical signé par un médecin inscrit à l'ordre des médecins (l'électrophorèse de l'hémoglobine à joindre pour les cas de drépanocytose) *

** obligatoire*

AGENT DE RECEPTION	DATE DE RECEPTION
Nom & Prénom, signature	