

## DEMANDE D'ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL

### INFORMATIONS DU DEMANDEUR (ASSURE CPPF)

\*AGENT PUBLIC ☐

\*RETRAITE(E) ☐

\*N° MATRICULE SOLDE  -

\*N° PENSION  -

\*N° CNAMGS  -  -  -

☐ \*MONSIEUR ☐ \*MADAME

\*NOM (S)

\*NOM DE JEUNE FILLE

\*PRENOM (S)

\*NE(E) LE  /  /  A

PAYS

\*NATIONALITE ☐ GABONAISE ☐ AUTRE (à préciser)

\*\*MINISTERE/ADMINISTRATION

\*\*SERVICE

\*\*FONCTION ACTUELLE

NATURE DE LA PIECE

NUMERO DE LA PIECE

LIEU DE DELIVRANCE

DATE DE VALIDITE  /  /

\*ADRESSE (VILLE, QUARTIER)

TELEPHONE  /  /  /  ou  /  /  /

\*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 ☐ 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 :

## INFORMATIONS CONCERNANT LES ENFANTS A ALIGNER (AUTRES)

### ENFANT

NOM (S)

PRENOM (S)

NE (E) LE 



 / 



 / 



 A

### ENFANT

NOM (S)

PRENOM (S)

NE (E) LE 



 / 



 / 



 A

### ENFANT

NOM (S)

PRENOM (S)

NE (E) LE 



 / 



 / 



 A

### ENFANT

NOM (S)

PRENOM (S)

NE (E) LE 



 / 



 / 



 A

## 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	