



INFORMATIONS DU DEUXIEME PARENT

*PRENOM(S) _____

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

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

*Nº PENSION

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**

L'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande

Fait à

le

Signature :



DEMANDE D'ALLOCATION PRENATALE

Conformément aux articles 15 et 16 de la loi n°0007/2017 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; 10 et 11 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 *

Certificats d'exams pré-nataux du 3ème et 6ème mois (1er et 2e trimestres de grossesse) *

Copie légalisée de l'acte de mariage pour les Assurés mariés *

* *obligatoire*

AGENT DE RECEPTION	DATE DE RECEPTION
Nom & Prénom, signature	