



DEMANDE D'ALLOCATION PRENATALE

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) ☐ VEUF/VEUVE

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

** Informations requises pour les agents publics

Caisse des Pensions et des Prestations Familiales des Agents de l'Etat

Solidaires aujourd'hui, pour un Avenir Prospère.

BP 3932- Tel : Libreville : (+214) 011 73 02 26 / 011 73 07 69 / 062 16 15 23 / 074 62 52 19

Oyem : (+241) 011 98 69 02 / 011 98 69 21

Franceville : +(241) 011 67 37 81 / 011 67 37 80



INFORMATIONS DU DEUXIEME PARENT

*NOM (S)

*PRENOM(S)

*NE(E) LE / / A

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

*N° MATRICULE SOLDE - (le cas échéant)

*N° PENSION -

*N° CNAMGS - - (le cas échéant)

*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 :



DEMANDE D'ALLOCATION PRENATALE

Conformément aux articles 15 et 16 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; 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'examens prénataux 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 | |

Caisse des Pensions et des Prestations Familiales des Agents de l'Etat

Solidaires aujourd'hui, pour un Avenir Prospère.

BP 3932- Tel : Libreville : (+214) 011 73 02 26 / 011 73 07 69 / 062 16 15 23 / 074 62 52 19

Oyem : (+241) 011 98 69 02 / 011 98 69 21

Franceville : +(241) 011 67 37 81 / 011 67 37 80