

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 / / A

*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	