



## INFORMATIONS DU DEMANDEUR (ASSURE CPPF)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

$$\begin{array}{cccccccccccccccc} | & & | & & | & & | & & | & & | & & | & & | \\ \hline & & & & - & & & & & & - & & & & - & \end{array}$$

☐ \*MADAME

[illegible]

\_\_\_\_\_

|        |        | /        |        |        /        |        |        |        |        |        A

\_\_\_\_\_

| | | | | | | | | | | | | | | |

[illegible][illegible]

| | | | |

[illegible][illegible]

| | | | / | / | / | ou | / | / | / |

**\*\* Informations requises pour les agents publics**

## INFORMATIONS DU DEUXIEME PARENT

*NOM (S)	<input type="text"/>
*PRENOM (S)	<input type="text"/>
*NE( E ) LE	<input type="text"/> / <input type="text"/> A <input type="text"/>
*DATE ET LIEU DE MARIAGE	<input type="text"/> (le cas échéant)
*N° MATRICULE SOLDE	<input type="text"/> - <input type="text"/>
*N° PENSION	<input type="text"/> - <input type="text"/>
*N° CNAMGS	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
*N° CNSS	<input type="text"/>
TELEPHONE	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ou <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
*NATIONALITE	<input type="checkbox"/> GABONAISE <input type="checkbox"/> AUTRE (à préciser)
**MINISTERE/ADMINISTRATION	<input type="text"/>
**SERVICE	<input type="text"/>
**FONCTION ACTUELLE	<input type="text"/>

**\* 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 \_\_\_\_\_



# ENFANT

ENFANT

ENFANT

ENFANT

Caisse des Pensions et des Prestations Familiales des agent de l'Etat  
Solidaires aujourd'hui, pour un Avenir Prospère.

- Tel Libreville : (+241) 011-73-02-26 / 011-73-02-26 / 62-16-15-23 / 74-62-52-19
- Tel Oyem : (+241) 011-74-27-22 / 74-62-52-19
- Tel Franceville : (+241) 011-67-37-80 / 011-67-37-81

E-Mail : [contact@cppf.gab](mailto:contact@cppf.gab) - BP : 3932 - [www.cppf.gab](http://www.cppf.gab)  
Facebook - LinkedIn - Youtube - Tiktok - WhatsApp : CPPF GABON

## DEMANDE D'ALLOCATION DE SALAIRE UNIQUE

Conformément à l'article 13 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 et 8 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 salaire unique renseigné et signé*
Le dernier bulletin blanc (solde)*
Attestation sur l'honneur (imprimé CPPF)*
Copie légalisée de l'acte de mariage*
Attestation de Non Affiliation (CNSS)*
Copie de la carte (ou récépissé) d'immatriculation CNAMGS du deuxième parent non agent public en cours de validité*

*\* obligatoire*

AGENT DE RECEPTION	DATE DE RECEPTION
Nom & Prénom, signature	