

DEMANDE D'ATTESTATION DE NON PERCEPTION/DE PERCEPTION D'ALLOCATIONS FAMILIALES

INFORMATIONS DU DEMANDEUR (assuré CPPF/son mandataire)

Nom (s), prénom (s) :

.....

Matricule solde : N° Pension :

Poste actuel :

Ministère de Tutelle :

N° de téléphone :

E-mail (*si l'assuré désire recevoir l'acte par mail*) :

MOTIF DE LA DEMANDE :

.....

INFORMATIONS DU DEUXIEME PARENT

Nom (s), prénom (s) :

Matricule solde (*si fonctionnaire*) :

N° Pension :

Numéro CNAMGS/ CNSS :

Document(s) à fournir :

- Copie (s) légalisée (s) d'acte (s) de naissance de (s) enfant (s)

SIGNATURE DU DEMANDEUR	AGENT DE RECEPTION Nom & prénom, signature	DATE DE RECEPTION