



## DEMANDE D'ALLOCATION FAMILIALE

### INFORMATION 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 du formulaire doivent être remplis sous peine d'irrecevabilité**

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


**INFORMATION DU DEUXIEME PARENT**

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

**\* Les champs obligatoires du formulaire doivent être rempli 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 :



|  |
|--|
| <b>INFORMATION CONCERNANT LES ENFANTS A ALIGNER (AUTRES)</b> |
|--|

**ENFANT**NOM (S) 



PRENOM (S) 



NE ( E ) LE 



 A \_\_\_\_\_

ACTE DE NAISSANCE

N° 



DELIVRE LE 



 A \_\_\_\_\_**ENFANT**NOM (S) 



PRENOM (S) 



NE ( E ) LE 



 A \_\_\_\_\_

ACTE DE NAISSANCE

N° 



DELIVRE LE 



 A \_\_\_\_\_**ENFANT**NOM (S) 



PRENOM (S) 



NE ( E ) LE 



 A \_\_\_\_\_

ACTE DE NAISSANCE

N° 



DELIVRE LE 



 A \_\_\_\_\_**ENFANT**NOM (S) 



PRENOM (S) 



NE ( E ) LE 



 A \_\_\_\_\_

ACTE DE NAISSANCE

N° 



DELIVRE LE 



 A \_\_\_\_\_



## DEMANDE D'ALLOCATION FAMILIALE

Conformément aux articles 7; 8 et 10 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 6 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.

### NOMENCLATURE DES DOCUMENTS A FOURNIR

|  |
|--|
| <b>1 formulaire de demande d'allocation familiale renseigné et signé*</b>  |
| <b>1 certificat de vie et d'entretien (à faire établir par la Mairie)</b>  |
| <b>1 copie légalisée de l'acte de naissance de l'enfant et une ordonnance de tutelle le cas échéant</b>  |
| <b>1 copie de la carte (ou du récépissé) d'immatriculation CNAMGS de l'ouvrant droit en cours de validité**</b>  |
| <b>1 copie de la carte (ou du récépissé) d'immatriculation CNAMGS de l'enfant (en cours de validité) : uniquement pour les Assurés retraités si l'ayant droit n'est pas répertorié dans le fichier unique de référence (FUR)</b> |
| <b>1 copie du carnet de santé pour les enfants de 0 à 3 ans (couverture, 1ère et 2ème pages, plus les pages des vaccins)</b>   |
| <b>1 attestation de scolarité ou la preuve d'apprentissage pour les enfants de plus de 16 ans (article 10, alinéa 3 de la loi 007/2017)</b>  |
| <b>1 attestation sur l'honneur de la non résidence sur le territoire national du deuxième parent (rédigée par le demandeur)</b>  |
| <b>1 attestation sur l'honneur si le demandeur éprouve des difficultés à avoir les informations obligatoires du deuxième parent (n° CNAMGS, CNSS, acte de décès ...)</b>   |
| <b>1 attestation de non perception des prestations familiales du deuxième parent affilié(e) à la CNSS ou à la CNAMGS</b>   |
| <b>1 copie de l'acte de décès (si le 2ème parent est décédé)</b>   |
| <b>1 copie du livret de famille (en cas de demande d'AF pour plus de 6 enfants)</b>  |

\* *obligatoire*

\*\* *non obligatoire*

| AGENT DE RECEPTION      | DATE DE RECEPTION |
|-------------------------|-------------------|
| Nom & Prénom, signature |                   |