



DEMANDE D'ALLOCATION PRENATALE

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 rempli sous peine d'irrecevabilité

** Informations requises pour les agents publics

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

Votre Caisse de référence

BP: 3932 Libreville Gabon

Tél: +241 11 74 27 22 / 62 16 15 23

Mail: contact@cppf.ga . Site: www.cppf.ga



INFORMATION DU DEUXIEME PARENT

*NOM (S)	
*PRENOM (S)	
*NE (E) LE	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> A <input style="width: 150px;" type="text"/>
*DATE ET LIEU DE MARIAGE	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input style="width: 150px;" type="text"/> (le cas échéant)
*N° MATRICULE SOLDE	<input type="text"/> - <input type="text"/> (le cas échéant)
*N° PENSION	<input type="text"/> - <input type="text"/> (le cas échéant)
*N° CNAMGS	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (le cas échéant)
*N° CNSS	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (le cas échéant)
TELEPHONE	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
*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 :



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

1 Formulaire de demande de prestation de maternité renseigné et signé *
1 photo d'identité récente du demandeur
Les certificats de grossesse du 3ème et du 6ème mois (1er et 2e trimestres de grossesse)
1 copie légalisée de l'acte de mariage pour les Assurés mariés

* *obligatoire*

AGENT DE RECEPTION	DATE DE RECEPTION
Nom & Prénom, signature	