



DEMANDE D'ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL

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) VEUVE/VEUF

*** Les champs obligatoires du formulaire doivent être rempli sous peine d'irrecevabilité**

*** Informations requises pour les agents publics**



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

1 formulaire de demande d'allocation de soutien familial renseigné et signé *

1 copie de la carte (ou du récépissé) d'immatriculation à la CNAMGS du deuxième parent non agent public en cours de validité

1 certificat médical signé par un médecin inscrit à l'ordre des médecins

* *obligatoire*

AGENT DE RECEPTION	DATE DE RECEPTION
Nom & Prénom, signature	