



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	-
*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 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

Signature :



DEMANDE DE PRIME A LA NAISSANCE

Conformément à l'article 17 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; 16 et 17 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
1 attestation de non perception de la prime à la naissance pour le conjoint non agent public
1 copie légalisée de l'acte de naissance ou une copie du certificat d'accouchement (moins de 6 mois)
1 copie légalisée de l'acte de mariage pour les Assurés mariés

* *obligatoire*

AGENT DE RECEPTION	DATE DE RECEPTION
Nom & Prénom, signature	