



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*


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 :



INFORMATION CONCERNANT LES ENFANTS A ALIGNER (AUTRES)

ENFANT

NOM (S)

PRENOM (S)

NE (E) LE / / A

ENFANT

NOM (S)

PRENOM (S)

NE (E) LE / / A

ENFANT

NOM (S)

PRENOM (S)

NE (E) LE / / A

ENFANT

NOM (S)

PRENOM (S)

NE (E) LE / / A



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 (l'électrophorèse de l'hémoglobine à joindre pour les cas de drépanocytose)

** obligatoire*

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