

## DEMANDE D'ALLOCATION PRENATALE

### INFORMATIONS 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 doivent être remplis sous peine d'irrecevabilité

\*\* Informations requises pour les agents publics



## INFORMATIONS DU DEUXIEME PARENT

\*NOM (S)

\*PRENOM(S)

\*NE(E) LE  /  /  A

\*DATE ET LIEU DE MARIAGE  /  /  A  (le cas échéant)

\*N° MATRICULE SOLDE  -  (le cas échéant)

\*N° PENSION  -

\*N° CNAMGS  -  -  (le cas échéant)

\*N° CNSS  -  -  (le cas échéant)

TELEPHONE  /  /  /  ou  /  /  /

\*NATIONALITE  GABONAISE  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 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

Formulaire de demande de prestation de maternité renseigné et signé *
Photo d'identité récente du demandeur *
Certificats d'examens prénataux du 3ème et 6ème mois (1er et 2e trimestres de grossesse) *
Copie légalisée de l'acte de mariage pour les Assurés mariés *

*\* obligatoire*

AGENT DE RECEPTION	DATE DE RECEPTION
Nom & Prénom, signature	