

**DEMANDE D'ATTESTATION DE NON PERCEPTION/DE PERCEPTION  
D'ALLOCATIONS FAMILIALES**

**INFORMATIONS DU DEMANDEUR (assuré CPPF/son mandataire)**

Nom (s), prénom (s) : .....

.....

Matricule solde : ..... N° Pension : .....

Poste actuel : .....

Ministère de Tutelle : .....

N° de téléphone : .....

E-mail (si l'assuré désire recevoir l'acte par mail) : .....

MOTIF DE LA DEMANDE : .....

.....

.....

**INFORMATIONS DU DEUXIEME PARENT**

Nom (s), prénom (s) : .....

Matricule solde (si fonctionnaire) : .....

N° Pension : .....

Numéro CNAMGS/ CNSS : .....

Document(s) à fournir :

- Copie (s) légalisée (s) d'acte (s) de naissance de (s) enfant (s)

SIGNATURE DU DEMANDEUR	AGENT DE RECEPTION Nom & prénom, signature	DATE DE RECEPTION