

DEMANDE D'ALLOCATION FAMILIALES

APPLICATION FOR FAMILY ALLOWANCES

Nature prestation
kind of benefit

Date demande
Date of Application

Numéro Assuré
Insured Number

Nom de l'assuré*
Name of Insured

Prénom de l'assuré
Insured First Name

Adresse complète
Complete Address

Raison sociale
Company Name

Numéro employeur*
Employer Number

Date embauche
Date of engagement

Type Activité ☐ Normal ☐ Incomplète
Type of activity Normal Incomplete

Heures Travaillées mois Embauche
Hours worked in month of engagement

ENFANTS - CHILDREN

NOM FAMILY NAME	PRÉNOMS FIRST NAME	DATE DE NAISSANCE DATE OF BIRTH	FILIATION PARENHOOD	NOM DE LA MERE MOTHER'S NAME
1.....				
2.....				
3.....				
4.....				
5.....				
6.....				
7.....				
8.....				
9.....				
10.....				

Certifie exact
Certified

A
In

Le
On

Signature du travailleur
Signature of worker