

DEMANDE D'AJOUT D'UN ENFANT DANS LA GRAPPE FAMILIALE

Receipt of the file

Numéro Dossier* <i>File number</i>			Matricule Assuré <i>insured number</i>		
Nom <i>Surname</i>					
Prénom <i>First name</i>					
Date de naissance <i>Date of birth</i>				Sexe <i>Sex</i>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Localité de naissance <i>place of birth</i>					
Arrondissement <i>Subdivision</i>					
Pays <i>Country</i>					
Nationalité <i>Nationality</i>					
Scolarisé <i>Does he attend school</i>	<input type="checkbox"/> Oui <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Non <i>No</i>	Début Scolarité <i>Beginning academic year</i>		
			Fin Scolarité <i>End academic year</i>		
Apprentissage <i>Apprenticeship</i>	<input type="checkbox"/> Oui <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Non <i>No</i>	Début Apprentissage <i>Beginning apprenticeship</i>		
			Fin Apprentissage <i>End apprenticeship</i>		
Invalidité <i>invalidity</i>	<input type="checkbox"/> Oui <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Non <i>No</i>	Début Invalidité <i>Beginning invalidity</i>		
			Fin Invalidité <i>End invalidity</i>		
N° Certificat médical <i>Medical Certificate N°</i>			Date d'établissement <i>issuing date</i>		
Jumeaux <i>Twins</i>	<input type="checkbox"/> Oui <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Non <i>No</i>	Nombre de jumeau <i>Number of twins</i>		
Salarié <i>Wage earner</i>	<input type="checkbox"/> Oui <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Non <i>No</i>	Début perception <i>Beginning of payment</i>		
Marié <i>Married</i>	<input type="checkbox"/> Oui <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Non <i>No</i>	Date Mariage <i>Date of marriage</i>		
Orphelin <i>Orphan</i>	<input type="checkbox"/> De père <i>Father</i>	<input type="checkbox"/> De mère <i>Mother</i>	<input type="checkbox"/> De père et mère <i>Mother and Father</i>		
N° de Acte de naissance			Lieu délivrance <i>Place of issue</i>		
Date de délivrance <i>Date of issue</i>					

Réservé à la CNPS
Reserved for NSIF

Information sur le deuxième parent

Information on the second parent

Nom <i>Name</i>			N° membre de la famille
Prénoms <i>Surname</i>			
Date de naissance <i>Date of birth</i>			
Localité de naissance <i>Place of birth</i>			
Arrondissement <i>Subdivision</i>			
Pays <i>Country</i>			

Réservé à la CNPS
Reserved for NSIF

Signature
Signature

Je soussigné, *I the undersigned* certifie l'exactitude des informations ci-dessus
certify the exactness of the information above

A *At* _____

Le *On* _____

Signature du travailleur
Signature of worker