

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 <small>FAMILY NAME</small>	PRENOMS <small>FIRST NAME</small>	DATE DE NAISSANCE <small>DATE OF BIRTH</small>	FILIACTION <small>PARENHOOD</small>	NOM DE LA MERE <small>MOTHER'S NAME</small>
1.....				
2.....				
3.....				
4.....				
5.....				
6.....				
7.....				
8.....				
9.....				
10.....				

Certifie exact Certified **A** **Le**

Signature du travailleur
Signature of worker