



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* - - - Date embauche
Employer Number *Date of engagement*

Type Activité Normal Incomplète Heures Travaillées mois Embauche
Type of activity *Normal* *Incomplete* *Hours worked in month of engagement*

ENFANTS - CHILDREN

NOM FAMILY NAME	PRENOMS 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 A Le
Certified *In* *On*

Signature du travailleur
Signature of worker