

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

Receipt of the file

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

Réservé à la CNPS  
Reserved for NSIF

### Information sur le deuxième parent Information on the second parent

<b>Nom</b> <i>Name</i>			<b>Réservé à la CNPS</b> Reserved for NSIF
<b>Prénoms</b> <i>Surname</i>			
<b>Date de naissance</b> <i>Date of birth</i>			
<b>Localité de naissance</b> <i>Place of birth</i>			
<b>Arrondissement</b> <i>Subdivision</i>			
<b>Pays</b> <i>Country</i>			
			<b>N° membre de la famille</b> .....

### Signature Signature

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

A .....  
At

Le .....  
On

Signature du travailleur  
*Signature of worker*