

**I- EMPLOYEUR**

N° CNPS / \_\_\_\_\_ /

RAISON SOCIALE : .....

ADRESSE POSTALE : ..... N° TEL FIXE : ..... N° CEL : .....

**II- PRESTATIONS DEMANDÉES**

Cadre réservé à la CNPS	
<input type="checkbox"/> Allocations Familiales <input type="checkbox"/> Allocations de Maternité	<input type="checkbox"/> Allocations Prénatales <input type="checkbox"/> Allocation au Foyer du Travailleur

**III- ASSURE (E)**

N° CNPS / \_\_\_\_\_ / **(si vous n'avez pas un N°CNPS, veuillez vous faire immatriculer avant d'introduire votre demande)**

NOM : ..... PRENOMS : .....

NATIONALITE..... DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

DATE D'ENTREE EN ACTIVITE CHEZ CET EMPLOYEUR / \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

FONCTION DANS L'ENTREPRISE : .....

PAYS : ..... VILLE: ..... COMMUNE : .....

ADRESSE POSTALE : .....

N° TEL FIXE : ..... N ° CEL : ..... EMAIL : .....

**Situation de famille à la date de la demande :**

- Marié(e)   
  Veuf (ve)   
  Divorcé (e)   
  Polygame   
  Femme célibataire

(Cocher la case correspondante)

Nombre d'enfants à charge :

**IV- RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE CONJOINT**

NOM et PRENOMS	EMPLOYEUR	N°CNPS (si vous êtes déclaré)	FONCTION	DATE DU MARIAGE	DATE DE NAISSANCE

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur la présente demande sont exactes et sincères. Toute fausse déclaration sera rejetée et passible de poursuites judiciaires, conformément aux textes en vigueur.

Je m'engage à prévenir immédiatement la CNPS de tout fait qui viendrait à modifier la présente déclaration.

Fait à .....le.....

**Nom, prénoms et signature du demandeur**