



CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE DU BURKINA

DIRECTION REGIONALE : OUAGADOUGOU
01 BP 562 - TEL. : 50.30.60.78 / 79 / 80

DIRECTION REGIONALE : BOBO-DIOULASSO
BP 215 - TEL. : 20.98.22.04 / 20.98.21.43

DIRECTION REGIONALE : OUAHIGOUYA
BP 12 - TEL. : 40.55.04.91

DIRECTION REGIONALE : FADA
BP 105 - TEL. : 40.77.01.66

DIRECTION REGIONALE : DEDOUGOU
BP 47 - TEL. : 20.52.00.31

RÉSERVÉ À LA CAISSE

Date de réception

N° Travailleur

Code Dossier

DEMANDE DE PRESTATIONS FAMILIALES

AF

IJ

I. Je soussigné (NOM)

(en capitales d'imprimerie)

Prénoms :

né le à

Fils de et de

Nationalité :

Demeurant à Secteur

Commune / Département

Province

Justification à fournir pour
les allocations familiales

JOINDRE :

- un extrait d'acte de naissance ou un
extrait de jugement supplétif d'acte
de naissance

- une photo d'identité vous concernant

II. Déclare être marié(e) à

(Nom du ou (de la) conjointe en majuscules)

Prénoms :

né... le à

Fil... de et de

Mariage contracté le :

Si votre épouse n'habite pas avec vous indiquer ici son adresse :

.....

JOINDRE :

- Acte de naissance de votre épouse

- Extrait d'acte de mariage, ou un
extrait de jugement supplétif d'acte de
mariage

- Un certificat de grossesse s'il y a lieu

(1) Si vous êtes polygames

JOINDRE :

- Autant d'imprimés de demande que
vous avez d'épouses et indiquer au
n° III de chaque imprimé les enfants
issus de l'union

III. Déclare avoir à ma charge

I enfant..... ci-après, dont je suis I

(Père ou mère)

| Nom et prénom des enfants | Nom et prénom des enfants |
|---------------------------|---------------------------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |
| 11 | |
| 12 | |

Justifications à fournir

JOINDRE :

Pour tous les enfants :

- Extrait de naissance ou extrait du jugement supplétif d'acte de naissance pour chaque enfant jusqu'à 21 ans.

Pour tous les enfants de zéro à six ans :

- Bulletin de consultation médicale périodique après immatriculation

Pour tous les enfants de six à quinze ans :

- Certificat de scolarité et certificat de vie

Pour tous les enfants de plus de quinze ans :

- Apprentissage : enfants de 15 à 18 ans et ne percevant pas de rémunération supérieure à la moitié du S.M.I.G
- exemplaire ou copie du contrat d'apprentissage, visé par l'office nationale d'Emploi.
- Bulletin de salaire

Etudes post-scolaires : enfant de plus de 15 ans jusqu'à l'âge de 21 ans

- Certificat de l'établissement d'enseignement
- Acte d'individualité

Incapacité totale de travailler : Enfants de plus de 15 ans

- Certificat médical mentionnant la durée même approximative de l'incapacité de travailler ou de poursuivre des études

Pièces à fournir pour les indemnités journalières de maternité

- une attestation d'arrêt de travail pour 98 jours calendaires
- le dernier bulletin de salaire ayant précédé la cessation ou une attestation de salaire,
- un examen de visite prénatale du 3^e, 6^e et 8^e mois de grossesse.

Produire par la suite

- un certificat d'accouchement,
- une attestation de reprise de service
- les frais d'accouchement, de consultation et d'hospitalisation sont remboursés aux tarifs de l'établissement hospitalier public.

Date de votre entrée chez cet employeur

 Faire remplir en page 3

- une attestation de présence par votre employeur

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur la présente demande ainsi que les pièces jointes sont exactes et sincères.

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

A, le.....

Signature de l'allocataire précédée de la mention " LU ETAPPROUVÉ"

ATTESTATION DE PRESENCE

Je soussigné
(Nom, Prénoms - Raisons Sociales)

Adresse - B.P. :
Tél. :

Certifie que Monsieur ou Madame
(Nom et Prénoms du Travailleur)

N° Mle

| | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Numéro d'immatriculation et d'affiliation du travailleur | | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Ce numéro est obligatoire pour compter du 1^{er} Janvier 1977.

est employé dans mon entreprise depuis le
en qualité de

Mon entreprise est immatriculée et affiliée à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale du BURKINA FASO sous le N°

Fait àle
(Signature et cachet de l'Employeur)