

**ATTESTATION CONCERNANT LA COMPOSITION DE LA FAMILLE EN VUE  
DE L'OCTROI DES ALLOCATIONS FAMILIALES CONVENTIONNELLES**

*(Article 20 de la convention – Article 18 de l'arrangement administratif général)*

**Cette attestation doit être renouvelée au 1<sup>er</sup> avril de chaque année**

**A. DEMANDE D'ATTESTATION**

La Partie A de ce formulaire doit être complétée par l'institution d'allocations familiales de l'Etat compétent

<b>1</b>	<input type="checkbox"/> Travailleur salarié <input type="checkbox"/> Travailleur non salarié	<input type="checkbox"/> Bénéficiaire de prestations de chômage <input type="checkbox"/> Titulaire de pension (régime salarié)	<input type="checkbox"/> Titulaire de rente accident du travail <input type="checkbox"/> Titulaire de pension (régime non salarié)
----------	--	---	---

1.1 Nom: ..... Prénoms : .....

1.2 .....

1.3 Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

1.4 Sexe : ..... Nationalité : (1).....

1.5 Numéro d'identification : .....

État civil :

Célibataire    Marié(e)    Veuf (ve)    Divorcé(e)    Séparé(e)

Adresse : .....

.....

....

<b>2</b>	<b>PERSONNE QUI DOIT PERCEVOIR LES ALLOCATIONS FAMILIALES CONVENTIONNELLES</b>		
----------	--	--	--

2.1 Nom : ..... Prénoms : .....

2.2 Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

2.3 .....

2.4 Sexe : ..... Nationalité : (1).....

2.5 Lien de parenté avec la personne mentionnée au cadre 1 :  
.....

2.6 Adresse :  
.....

2.7 .....  
.....  
Exercice d'une activité professionnelle :  Oui  Non  
.....  
.....

Nom et adresse de l'employeur :  
.....

**3**

**MEMBRES DE LA FAMILLE VIVANT SOUS LE MÊME TOIT QUE LA PERSONNE DÉSIGNÉE AU CADRE 2**

	Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Lieu de naissance
3.1	.....	.....	.....	.....	.....
3.2	.....	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....	.....	.....
3.5	.....	.....	.....	.....	.....
		.....		.....	
		.....		.....	
		.....		.....	
		.....		.....	

**4**

**INSTITUTION COMPÉTENTE POUR L'OCTROI DES ALLOCATIONS FAMILIALES CONVENTIONNELLES**

4.1 Dénomination :  
.....

4.2 Adresse :  
.....

4.3 .....

4.4 Numéro de référence du dossier :  
.....

.....

Cachet

4.5 Date :  
4.6 Signature

## B. ATTESTATION

La partie B. de ce formulaire doit être complétée par l'institution d'allocations familiales de l'État de résidence des enfants.

<b>5</b>	<b>ENFANTS À CHARGE DU TRAVAILLEUR AU SENS DE LA LÉGISLATION DE LEUR ÉTAT DE RÉSIDENCE</b>			
	Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté
5.1	.....	.....	.....	.....
5.2	.....	.....	.....	.....
5.3	.....	.....	.....	.....
5.4	.....	.....	.....	.....
5.5	.....	.....	.....	.....
5.6	.....	.....	.....	.....

6. Les enfants mentionnés au cadre 5 n'ouvrent pas droit aux prestations familiales dans l'Etat de résidence au titre d'une activité professionnelle

7. Cette attestation est valable du ..... au .....

<b>8</b>	<b>INSTITUTION D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE L'ÉTAT DE RÉSIDENCE</b>	
<i>L'exactitude des renseignements donnés ci-dessus a été vérifiée sur les documents officiels qui ont été présentés par la personne désignée au cadre 2</i>		
8.1	Dénomination : .....	
	Adresse : .....	
8.2	..... .....	
	Cachet	8.3 Date .....
		8.4 Signature

## **INSTRUCTIONS**

---

*Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages : aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.*

*Cette attestation doit être renouvelée chaque année au 1<sup>er</sup> avril. Si la première attestation a été établie moins de six mois avant la date d'échéance annuelle, sa validité est prorogée jusqu'à la date d'échéance annuelle suivante.*

## **NOTES**

(1) Préciser le numéro d'identité (CIN) pour une personne de nationalité marocaine