

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<br><input type="checkbox"/> Travailleur non salarié   | <input type="checkbox"/> Bénéficiaire de prestations de chômage<br><input type="checkbox"/> Titulaire de pension (régime salarié) | <input type="checkbox"/> Titulaire de rente accident du travail<br><input type="checkbox"/> Titulaire de pension (régime non salarié) |
| 1.1      | Nom: .....   |   | Prénoms : .....   |
| 1.2      | Nom de naissance : .....   |   | Date de naissance : .....   |
| 1.3      | Sexe : .....   |   | Nationalité : (1).....  |
| 1.4      | Numéro d'identification : .....  |   |   |
| 1.5      | État civil :   |   |   |
|          | <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> 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      | Sexe : .....  |  | Nationalité : (1).....    |
| 2.4      | Lien de parenté avec la personne mentionnée au cadre 1 : .....                                      |  |                           |
| 2.5      | Adresse : .....   |  |                           |
|          | .....   |  |                           |
| 2.6      | Exercice d'une activité professionnelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  |                           |
|          | .....   |  |                           |
| 2.7      | 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 Numéro de référence du dossier :  
.....
- 4.4 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.

| 5   | ENFANTS À CHARGE DU TRAVAILLEUR AU SENS DE LA LÉGISLATION DE LEUR ÉTAT DE RÉSIDENCE |        |                   |                 |
|-----|---|--------|-------------------|-----------------|
|     | 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 .....

| 8  | INSTITUTION D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE L'ÉTAT DE RÉSIDENCE |                |
|--|---|----------------|
| <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