

DEMANDE DE PRESTATIONS FAMILIALES PROFESSIONNELLES COMPLÉMENTAIRES

À retourner au C.A.S.F. : 40 rue Eugène Jacquet - 59708 Marcq-en-Barœul cedex - Mail : contact.allocataire@casf.fr

PIÈCES À JOINDRE

- La copie de votre livret de famille
- L'attestation de vos droits actuels à la CAF
- Un relevé d'identité bancaire
- La copie du (des) dernier(s) avis d'imposition de votre foyer
- La copie de la dernière fiche de paie du demandeur et de son conjoint
- Si votre enfant a plus de 16 ans, veuillez joindre, selon la situation :
 - soit un certificat scolaire, s'il continue ses études ;
 - soit le contrat d'apprentissage, ou de professionnalisation validé ;
 - soit le dernier relevé de situation PÔLE EMPLOI (s'il n'a pas atteint l'âge de 20 ans).
- Si votre enfant est en situation de handicap, veuillez joindre le justificatif de la décision MDPH.

SITUATION DU DEMANDEUR

Nom et prénom : _____

Date de naissance : Profession : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Portable : _____ Mail : _____

Situation familiale : _____ Depuis le :

Employeur : _____ Depuis le :

SITUATION DU CONJOINT

Nom et prénom : _____

Employeur : _____ Profession : _____

ENFANTS À CHARGE

Nom et prénom	Date de naissance	Adresse (si différente de celle indiquée ci-dessus)
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

SIGNATURE

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et je m'engage par ailleurs à signaler immédiatement aux services du CASF tout changement susceptible d'entraîner une modification des prestations qui me sont allouées sous peine de devoir rembourser ultérieurement les prestations indûment perçues.

Date et signature de l'Allocataire précédée de «Lu et approuvé».