



**DEMANDE
DE PRESTATIONS MEDICALES
ENFANT
(à souscrire par le chef de foyer)**



Cette demande ne concerne que les enfants dont le chef de foyer, de nationalité autre que française ou monégasque, réside en France.

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Nom et Prénom _____ Nom de jeune fille _____
Date de naissance ___/___/___ Nationalité _____ Matricule CCSS | _____
Adresse _____

RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ENFANT

Le soussigné, Monsieur Madame (Nom et Prénom) _____
 ✚ Certifie avoir à sa charge l'enfant (Nom et Prénom): _____
 Date de naissance de l'enfant ___/___/___ Sexe de l'enfant Masculin Féminin
 ✚ Déclare être (indiquer le degré de parenté) _____ de l'enfant.
 • qui réside à _____ (ne remplir que si l'enfant ne vit pas sous le même toit que le chef de foyer)
 • qui est élevé par (indiquer le degré de parenté) _____ demeurant à _____

A REMPLIR SI LA DEMANDE EST PRESENTÉE PAR LA MERE

Je soussignée, (Nom et Prénom) _____ certifie sur l'honneur :
 que mon conjoint n'exerce aucune activité professionnelle,
 vivre seule avec mon (mes) enfant(s),
 vivre maritalement depuis le ___/___/___ avec : (Nom et Prénom du compagnon) _____
 Nationalité _____ Lieu de travail _____ Matricule _____

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date : ___/___/___ Signature de l'assuré:

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

- ⇒ Photocopie du livret de famille,
- ⇒ Si l'enfant est d'âge scolaire, certificat de scolarité,
- ⇒ En cas de divorce ou de séparation de corps, photocopie de l'ordonnance de non conciliation ou du jugement statuant sur les mesures de garde de l'enfant.

Toute information erronée peut entraîner la récupération des soins payés à tort