



## DEMANDE DE PRESTATIONS MÉDICALES 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 naissance .....  
Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Nationalité : ..... Matricule : .....  
Adresse .....

### RENSEIGNEMENTS 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.....

### À REMPLIR SI LA DEMANDE EST PRÉSENTÉE PAR LA MÈRE

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(e):

### PIÈCES JUSTIFICATIVES À 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**

GA -201908121055