



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

Form fields for identification: Nom et Prénom, Date de naissance, Adresse, Nom de naissance, Nationalité, Matricule.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Form fields for child information: Le soussigné (Monsieur/Madame), Certifie avoir à sa charge l'enfant, Date de naissance de l'enfant, Sexe de l'enfant, Déclare être (indiquer le degré de parenté), qui réside à, qui est élevé par.

À REMPLIR SI LA DEMANDE EST PRÉSENTÉE PAR LA MÈRE

Form fields for mother: 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