



ACCUEIL/AFFILIATION

Caisse de prévoyance Sociale
Angle des bds Colmay et Thélot
97500 Saint-Pierre et Miquelon
Tél.: 0508 41 15 70
Mail : accueil.cps@secuspm.com

DEMANDE DE RATTACHEMENT DES ENFANTS à l'un des parents

Justificatifs à fournir :

- Certificat de naissance
- ou
- Livret de famille mis à jour

① LE RATTACHEMENT

LE PÈRE *demandant le rattachement*

NOM : _____

PRÉNOM(S) : _____

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

ADRESSE : _____

LA MÈRE *demandant le rattachement*

NOM : _____

PRÉNOM(S) : _____

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

ADRESSE : _____

ou

② L'IDENTIFICATION DE TOUS LES ENFANTS

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	DATE DE NAISSANCE
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /

MUTUELLE : À quel parent est/sont rattaché(s) l(es) enfant(s) ?

Le père

La mère

PRESTATIONS FAMILIALES : Qui est l'allocataire pour les prestations familiales ?

Le père

La mère

Je(nous), soussigné(e)(s), demande(ons) que l'enfant (ou tous les enfants) désigné(s) ci-dessus soit(ent) rattaché(s) en tant qu'ayant(s) droit pour le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité sur le compte

du père

de la mère

Fait à _____

Le _____

Signatures des deux parents :