



Si les enfants sont issus de plusieurs unions, veuillez remplir un questionnaire par union.

N° d'affilié :

ALLOCATAIRE

Nom :	N° AVS :
Prénom :	Nationalité :
Rue :	Date de naissance :
NPA – Lieu :	Etat civil :
Téléphone :	Dès le :

COORDONNÉES BANCAIRES POUR LE PAIEMENT DES ALLOCATIONS FAMILIALES

Titulaire du compte :	Nom de la Banque :
N° IBAN (Banque) :	
N° IBAN (Poste) :	

INFORMATIONS CONCERNANT L'ACTIVITÉ INDÉPENDANTE

Revenu net estimé soumis à l'AVS: CHF Recevez-vous des prestations d'une autre assurance? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, indemnité journalière : <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> maternité <input type="checkbox"/> chômage	Êtes-vous simultanément salarié? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, nom et adresse de l'employeur : Téléphone : Canton/pays de travail : Taux d'activité : Salaire mensuel brut : CHF
--	--

La demande d'allocations familiales est faite à partir du (jour / mois / année)

ENFANTS À CHARGE

Nom et prénom des enfants	Date de naissance	Canton de domicile / pays	Dès le	*A	*B	*C	*D
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indiquer le lien de parenté de l'enfant avec l'allocataire

*A = propre enfant	*B = enfant adopté	*C = enfant du conjoint	*D = enfant recueilli
--------------------	--------------------	-------------------------	-----------------------

