

Grand-Duché de Luxembourg

**CAISSE NATIONALE
DES PRESTATIONS FAMILIALES**

1A, Bd Prince Henri Tél. 47 71 53-1
Boîte postale 394 L - 2013 LUXEMBOURG
Téléfax/Télécopieur 47 71 53-328

DEMANDE D'UNE ALLOCATION D'EDUCATION

Réservé à la Caisse

	E	
	O	
	NS	

IMPORTANT: voir d'abord les instructions au verso

Je soussigné(e) _____

Nom _____ Prénom _____

Adresse: _____

Code postal _____ Localité _____ Rue _____

* Etat civil: célibataire marié(e) veuf(ve) }
 séparé(e) divorcé(e) } depuis le _____
 vivant maritalement avec _____ }

Date de naissance [_____]

Numéro matricule de la sécurité sociale → [Année Mois Jour]

- élève dans mon foyer 1 enfant 2 enfants 3 enfants ou plus dont un enfant handicapé à 50% au moins

- demande l'octroi d'une allocation d'éducation pour l'enfant mentionné ci-après et élevé dans mon foyer:

Nom et Prénom: _____ Né(e) le: _____

* J'exerce une activité à plein temps à temps partiel pendant _____ heures par semaine (joindre certificat) **
en qualité de ouvrier(ère) employé(e) fonctionnaire indépendant(e)

Nom et adresse de l'employeur: _____

* Je suis sans occupation }
* Je suis bénéficiaire d'une indemnité de chômage }
* Je suis bénéficiaire d'une indemnité de maternité / maladie } depuis le _____
* Je suis bénéficiaire d'une rente-accident }
* Je suis en congé sans solde (joindre certificat afférent) ** }
* Je reprends mon activité le _____

Mon conjoint / concubin(e) _____

Nom et prénom _____

* Etat civil: célibataire marié(e) veuf(ve) }
 séparé(e) divorcé(e) } depuis le _____
 vivant maritalement avec _____ }

Date de naissance [_____]

Numéro matricule de la sécurité sociale → [Année Mois Jour]

Adresse: (en cas de domicile séparé) _____

* Exerce une activité à plein temps à temps partiel pendant _____ heures par semaine (joindre certificat) **
en qualité de ouvrier(ère) employé(e) fonctionnaire indépendant(e)

Nom et adresse de l'employeur: _____

* Est bénéficiaire d'une indemnité de chômage }
* Est bénéficiaire d'une indemnité de maternité / maladie }
* Est bénéficiaire d'une rente-accident } depuis le _____
* Je suis en congé sans solde (joindre certificat afférent) ** }
* Reprend son activité le _____

* Cochez toutes les cases qui correspondent à votre situation.

** joindre certificat à établir par l'employeur (voir page 2)

Je déclare que les indications ci-dessus sont sincères et véritables. Je m'engage à informer la Caisse sans retard de tout changement susceptible d'entraîner la suppression du droit à l'allocation d'éducation (changement d'adresse, augmentation des revenus, reprise de travail, etc).

_____ le _____
Signature du (de la) demandeur(esse)

