

## DEMANDE D'ALLOCATIONS PRENATALES

### FEUILLE D'EXAMEN MEDICAL PRENATAL

Cet examen doit être effectué avant la fin du 3<sup>ème</sup> mois de la grossesse

Cette feuille doit être remplie et signée par le Chef de Foyer sous sa responsabilité et adressée à la Caisse d'Allocations Familiales dont il relève, dès que l'examen a été effectué.

#### LE CHEF DE FOYER

Le Chef de Foyer est généralement : - le père de l'enfant - la mère, en cas de foyer monoparental

Nom (1): \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Situation familiale : Marié(e) - célibataire - veuf(ve) - séparé(e) ou divorcé(e) - concubinage

Nom, adresse et profession de l'employeur (si le Chef de foyer est salarié) : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Caisse Sociale : \_\_\_\_\_

Numéro d'immatriculation à cette Caisse : \_\_\_\_\_

(1) nom de jeune fille pour les dames

#### LA FUTURE MERE

Nom (1): \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Etes-vous assurée sociale ? : Oui  Non  Caisse Sociale : \_\_\_\_\_

Numéro d'immatriculation à cette Caisse : \_\_\_\_\_

(1) nom de jeune fille

Le Chef de Foyer certifie exacts les renseignements ci-dessus.

Signature du Chef de Foyer :

Monaco, le : |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

#### RESERVE AU MEDECIN AYANT CONSTATE LA GROSSESSE

EXAMEN MEDICAL GENERAL ET OBSTETRICAL	Dates des actes	Signature	Cachet - Nom - Adresse
Date présumée du début de la grossesse			
__   __   __   __   __   __			

#### PARTIE RESERVEE A LA CAISSE

Déclaration effectuée le :  __   __   __   __   __   __	Cachet de la caisse
---	---------------------