



184817 - INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE

B.P 53 Square Patrice Lumumba BAMAKO

Tél : 221 25 60 01

## DEMANDE DE PRESTATIONS FAMILIALES

A établir par tout travailleur salarié ayant des charges de famille et non encore immatriculé à l'I.N.P.S.

**RESERVE A  
L'I.N.P.S.**

I Je soussigné,  
(NOM).....

(en capitales d'imprimerie)

Prénoms .....

Né le .....à.....

Fils de .....et de .....

Nationalité.....

Etranger :{N° et date de délivrance de la carte  
d'identité d'étranger}

Demeurant à .....rue.....

Commune (Subdivision) :.....

.....Cercle:.....

TIMBREFISCAL

### Justification à fournir

⇒ JOINDRE :

Copie de livret de famille vous concernant  
ou extrait d'acte de naissance ou extrait  
de jugement supplétif d'acte de naissance.

II. Déclare être marié à .....

(Nom du conjoint en majuscules)

Prénoms :.....

Né le .....à.....

Fils de .....et de.....

Mariage contracté le :.....

Si votre épouse n'habite pas avec vous, indiquez ici son

Adresse.....

⇒ JOINDRE

Copie du livret de famille ou extrait  
de d'acte de mariage ou (pour les mariages  
contracté avant le 1er janvier 1956) un  
extrait de jugement supplétif d'acte de  
mariage.

Si vous êtes polygame vous devez remplir autant de demandes  
que vous avez d'épouses

**La correspondance adressée impersonnellement à M. le Directeur est dispensée d'affranchissement.**

III. Déclare avoir à ma charge **Justification à fournir**

I - enfant .... Ci-après, dont je suis .....  
(père ou mère)

NOM ET PRENOMS Des enfants	DATE de naissance	RESERVE à l'I.N.P.S
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

⇒ **JOINDRE :**  
**Pour tous les enfants :**  
Copier du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou (pour les enfants nés antérieurement au 1 er janvier 1956) extrait du jugement supplétif d'acte de naissance et certificat précisant que l'enfant a été à la charge effective pendant au moins un an.

**Pour les enfants de moins de six ans :**  
-certificat de vie :  
- bulletin de consultation médicale périodique.

**Pour les enfants de six à quatorze ans :**  
-Certificat de scolarité ou attestation de non scolarité délivré par le chef d'unité administrative.

**Pour les enfants de plus de quatorze ans :**  
**APPRENTISSAGES :** Enfants de 14 à 18 ans et ne percevant pas de rémunération supérieure à la moitié du S.M.I.G.  
-Exemplaire ou copie du contrat d'apprentissage  
- Bulletin de salaire,  
**ETUDE POST-SCOLAIRES :** Enfants de plus de 14 ans et de moins de 21 ans,  
-Certificat de l'Etablissement d'enseignement.

**INCAPACITE TOTALE DE TRAVAILLEUR :**  
Enfants de plus de 14 ans et de moins de 21 ans  
-certificat médical mentionnant la durée même approximative de l'incapacité de travail ou de poursuite des études.

IV. Si les enfants n'habitent pas avec vous, indiquer ici le nom et l'adresse de la personne qui en à la garde et votre degré de parenté avec elle :.....  
.....  
.....

V. NOM (raison sociale) et adresse de votre employeur :.....  
.....  
DATE de votre entrée chez cet employeur :.....

⇒ **JOINDRE :**  
**Une attestation de présence de votre employeur.**

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur la demande ainsi que les pièces jointes sont exactes et sincères. Je m'engage à prévenir immédiatement l'I.N.P.S. de tout fait qui viendrait à modifier la présente déclaration.  
A.....le .....

Signature de l'allocataire précédée de la mention " LU ET APPROUVE "