



Feuille complémentaire pour la demande de plus de 4 enfants

Nous vous prions de joindre la feuille complémentaire à la demande d'allocations familiales.

5^{ème} enfant

Nom	Prénom	Date de naissance / Sexe / <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> f
Lien de filiation du/de la requérant/e avec l'enfant <input type="checkbox"/> enfant propre <input type="checkbox"/> enfant du conjoint de l'ayant droit		<input type="checkbox"/> enfant recueilli <input type="checkbox"/> frère/soeur <input type="checkbox"/> petits-enfants
Règlement de l'autorité parentale <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> conjointe <input type="checkbox"/> autre :		
Est-ce que l'enfant vit dans le ménage du/de la requérant/e ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non : adresse, domicile (canton/pays)		
Est-ce que l'enfant a déjà atteint sa 16 ^{ème} année et est en incapacité de travail ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui : nous vous prions de joindre un certificat médical ou une décision AI		

Pour les enfants dès 16 ans

Type de formation	Institution de formation / Lieu	Revenu de l'enfant* supérieur à CHF 2'390.- par mois <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nous vous prions de joindre une attestation de formation actuelle indiquant clairement la date de début et de fin de la formation.		

* y compris indemnités journalières (maladie/accident, APG, AC, AI)

6^{ème} enfant

Nom	Prénom	Date de naissance / Sexe / <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> f
Lien de filiation du/de la requérant/e avec l'enfant <input type="checkbox"/> enfant propre <input type="checkbox"/> enfant du conjoint de l'ayant droit		<input type="checkbox"/> enfant recueilli <input type="checkbox"/> frère/soeur <input type="checkbox"/> petits-enfants
Règlement de l'autorité parentale <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> conjointe <input type="checkbox"/> autre :		
Est-ce que l'enfant vit dans le ménage du/de la requérant/e ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non : adresse, domicile (canton/pays)		
Est-ce que l'enfant a déjà atteint sa 16 ^{ème} année et est en incapacité de travail ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui : nous vous prions de joindre un certificat médical ou une décision AI		

Pour les enfants dès 16 ans

Type de formation	Institution de formation / Lieu	Revenu de l'enfant* supérieur à CHF 2'390.- par mois <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nous vous prions de joindre une attestation de formation actuelle indiquant clairement la date de début et de fin de la formation.		

* y compris indemnités journalières (maladie/accident, APG, AC, AI)

7^{ème} enfant

Nom	Prénom	Date de naissance / Sexe / <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> f
Lien de filiation du/de la requérant/e avec l'enfant <input type="checkbox"/> enfant propre <input type="checkbox"/> enfant du conjoint de l'ayant droit		<input type="checkbox"/> enfant recueilli <input type="checkbox"/> frère/soeur <input type="checkbox"/> petits-enfants
Règlement de l'autorité parentale <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> conjointe <input type="checkbox"/> autre :		
Est-ce que l'enfant vit dans le ménage du/de la requérant/e ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non : adresse, domicile (canton/pays)		
Est-ce que l'enfant a déjà atteint sa 16 ^{ème} année et est en incapacité de travail ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui : nous vous prions de joindre un certificat médical ou une décision AI		

Pour les enfants dès 16 ans

Type de formation	Institution de formation / Lieu	Revenu de l'enfant* supérieur à CHF 2'390.- par mois <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nous vous prions de joindre une attestation de formation actuelle indiquant clairement la date de début et de fin de la formation.		

* y compris indemnités journalières (maladie/accident, APG, AC, AI)

8^{ème} enfant

Nom	Prénom	Date de naissance / Sexe / <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> f
Lien de filiation du/de la requérant/e avec l'enfant <input type="checkbox"/> enfant propre <input type="checkbox"/> enfant du conjoint de l'ayant droit		<input type="checkbox"/> enfant recueilli <input type="checkbox"/> frère/soeur <input type="checkbox"/> petits-enfants
Règlement de l'autorité parentale <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> conjointe <input type="checkbox"/> autre :		
Est-ce que l'enfant vit dans le ménage du/de la requérant/e ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non : adresse, domicile (canton/pays)		
Est-ce que l'enfant a déjà atteint sa 16 ^{ème} année et est en incapacité de travail ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui : nous vous prions de joindre un certificat médical ou une décision AI		

Pour les enfants dès 16 ans

Type de formation	Institution de formation / Lieu	Revenu de l'enfant* supérieur à CHF 2'390.- par mois <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nous vous prions de joindre une attestation de formation actuelle indiquant clairement la date de début et de fin de la formation.		

* y compris indemnités journalières (maladie/accident, APG, AC, AI)