

**ATTESTATION DES PERIODES DE TRAVAIL
EN VUE DE L'OUVERTURE
DU DROIT AUX PRESTATIONS FAMILIALES**

*(Article 7 de l'Accord ;
Article 8 de l'arrangement administratif général)*

Dossier n°

La présente attestation est adressée en deux exemplaires par l'institution d'allocations familiales compétente du pays du nouveau lieu de travail à l'institution d'allocations familiales du pays du dernier lieu de travail, chaque fois qu'il est nécessaire de faire appel aux périodes accomplies par le travailleur dans le premier pays pour l'ouverture du droit aux prestations familiales de l'autre pays.

Cette dernière institution fait retour d'un exemplaire dûment complété à l'institution d'allocations familiales compétente du nouveau pays d'emploi et conserve le second par devers elle.

Si l'attestation est établie à la demande de l'assuré, l'institution du pays du dernier lieu de travail remplit la partie qui la concerne et remet ou fait parvenir le formulaire à l'intéressé lui-même.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

LE TRAVAILLEUR

Nom

Nom de jeune fille (le cas échéant).....

Prénoms

Date de naissance

Lieu de naissance

Nationalité : française - gabonaise⁽¹⁾

Adresse précise :

- dans le pays du dernier lieu de travail :.....

- dans l'autre pays (si elle est déjà connue) :.....

N° d'immatriculation:

- dans le pays du dernier lieu de travail :.....

- dans l'autre pays (si elle est déjà connue) :.....

Numéro d'allocataire dans le pays du dernier lieu de travail :

(1) Biffer la ou les mentions inutiles

En vue de procéder à la totalisation des périodes de travail accomplies dans les deux pays pour l'ouverture du droit aux prestations familiales du nouveau pays d'emploi, l'institution du pays du nouveau lieu de travail :

Dénomination :

Adresse :

DEMANDE à l'institution d'allocations familiales du pays du dernier lieu de travail de lui indiquer le nombre de jours de travail accomplis par l'assuré :

du au

Ale

Signature du représentant de
L'institution et cachet :

L'institution d'allocations familiales du pays du dernier lieu de travail :

Dénomination :

Adresse :

CERTIFIE que l'assuré a accompli jours de travail

du au

INDIQUE que les prestations familiales lui ont été servies en dernier lieu, pour la période :

du au

Ale

Signature du représentant de
L'institution et cachet :