



Zukunftskeess
CAISSE POUR L'AVENIR DES ENFANTS

Guichets: 34, avenue de la Porte-Neuve
B.P. 394 · L-2013 Luxembourg
Tél. (352) 47 71 53-1
www.cae.lu



Demande d'allocation spéciale supplémentaire

DEMANDEUR / DEMANDERESSE

Nom: _____

Prénom: _____

Numéro matricule de la sécurité sociale:

[Date de naissance]
▶ [Année Mois Jour]

Nationalité: _____

Etat civil: _____

Adresse

Rue: _____ N°: _____

CP: _____ Localité: _____

Pays: _____ N° de tél.: _____

CONJOINT(E) / PARTENAIRE

Nom: _____

Prénom: _____

Numéro matricule de la sécurité sociale:

[Date de naissance]
▶ [Année Mois Jour]

Nationalité: _____

Etat civil: _____

Adresse

Rue: _____ N°: _____

CP: _____ Localité: _____

Pays: _____ N° de tél.: _____

Enfant pour lequel l'allocation spéciale est demandée

Nom de l'enfant: _____ Prénom de l'enfant: _____

Numéro matricule de la sécurité sociale
de l'enfant

[Date de naissance]
[Année Mois Jour]

PIÈCE JUSTIFICATIVE À JOINDRE À LA DEMANDE

- o **Le formulaire préimprimé CM1 de la Caisse pour l'avenir des enfants dûment complété par le médecin traitant.**

Prestations familiales similaires touchées

Touchez-vous des prestations similaires dans un autre pays que le Luxembourg? oui* non*

Si **oui**, veuillez préciser dans quel pays: _____

l'organisme versant les prestations: _____

o **Prière de joindre une attestation de paiement.**

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions légales, j'affirme que la présente demande est sincère et complète, sachant que toute déclaration inexacte de ma part ou l'absence de déclaration de tout changement, m'exposerait au remboursement des sommes indûment perçues, sans préjudice des sanctions prévues par la loi.

Fait à: _____ Date: _____ . _____ . _____

**Signature du
demandeur/de la
demanderesse:** _____

**Signature du
conjoint(e)/
partenaire:** _____

Le traitement des données fournies se fera en conformité avec la loi du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel.