

II

(Actes dont la publication n'est pas une condition de leur applicabilité)

COMMISSION

COMMISSION ADMINISTRATIVE DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

DÉCISION N° 201

du 15 décembre 2004

concernant les modèles de formulaires nécessaires à l'application des règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 du Conseil (série E 400)

(Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE et pour l'accord UE-Suisse)

(2005/376/CE)

LA COMMISSION ADMINISTRATIVE DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS,

vu l'article 81, point a), du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ⁽¹⁾, aux termes duquel elle est chargée de traiter toute question administrative découlant du règlement (CEE) n° 1408/71 et des règlements ultérieurs,

vu l'article 2, paragraphe 1, du règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ⁽²⁾, aux termes duquel elle est chargée d'établir les modèles de documents nécessaires à l'application des règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72,

vu la décision n° 146 du 10 octobre 1990 concernant l'interprétation de l'article 94, paragraphe 9, du règlement (CEE) n° 1408/71 ⁽³⁾,

vu la décision n° 155 du 6 juillet 1994 concernant les modèles de formulaires nécessaires à l'application des règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 du Conseil (E 401 à E 411) ⁽⁴⁾,

vu la décision n° 157 du 1^{er} juillet 1995 concernant les modèles de formulaires nécessaires à l'application des règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 du Conseil (E 401 à E 411) ⁽⁵⁾,

considérant ce qui suit:

- (1) L'élargissement de l'Union européenne réalisé le 1^{er} mai 2004 nécessite l'adaptation des formulaires de la série E 400.
- (2) L'accord sur l'Espace économique européen (accord EEE) du 2 mai 1992, complété par le protocole du 17 mars 1993, annexe VI, rend les règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 applicables dans l'Espace économique européen.
- (3) La Communauté européenne et ses États membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, ont conclu un accord sur la libre circulation des personnes (accord UE-Suisse) qui est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. L'annexe II dudit accord se réfère aux règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72.

⁽¹⁾ JO L 149 du 5.7.1971, p. 2.

⁽²⁾ JO L 74 du 27.3.1972, p. 1. Règlement modifié en dernier lieu par le règlement (CE) n° 77/2005 (JO L 16 du 20.1.2005, p. 3).

⁽³⁾ JO L 235 du 23.8.1991, p. 9. Décision modifiée en dernier lieu par la décision n° 167 (JO L 195 du 11.7.1998, p. 35).

⁽⁴⁾ JO L 209 du 5.9.1995, p. 1.

⁽⁵⁾ Décision non publiée étendant la décision n° 155 à l'Autriche, la Finlande et la Suède.

- (4) Il convient, pour des raisons pratiques, que les formulaires utilisés dans l'Union européenne et ceux utilisés en vertu des accords EEE et UE-Suisse soient identiques,

DÉCIDE:

1. La décision n° 155 est abrogée et les modèles de formulaires E 401, E 402, E 403, E 404, E 405, E 406, E 407 et E 411 reproduits dans ladite décision sont remplacés par les modèles de formulaires ci-joints.
2. Le modèle de formulaire E 413 F reproduit dans la décision n° 146 est supprimé.
3. La décision n° 157 est abrogée.

4. Les autorités compétentes des États membres mettent à la disposition des parties concernées les formulaires selon les modèles ci-joints. Ces formulaires sont disponibles dans les langues officielles de la Communauté et présentés de manière telle que les différentes versions soient parfaitement superposables; chaque destinataire doit ainsi pouvoir recevoir le formulaire imprimé dans sa langue.
5. La présente décision est applicable à partir du premier jour du mois suivant celui de sa publication au *Journal officiel de l'Union européenne*.

*Le président
de la Commission administrative*

C. J. VAN DEN BERG

E 401

(1)

ATTESTATION CONCERNANT LA COMPOSITION DE LA FAMILLE EN VUE DE L'OCTROI DES PRESTATIONS FAMILIALES

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 73; article 74; article 77; article 78
Règlement (CEE) n° 574/72: article 86, paragraphe 2; article 88; article 90; article 91; article 92

A. Demande d'attestation

1.	☐ Travailleur salarié ☐ Travailleur non salarié	☐ Personne ayant la charge de l'orphelin ☐ Orphelin	☐ Titulaire de pension (régime salariés) ⁽⁴⁾ ☐ Titulaire de pension (régime non salariés) ⁽⁴⁾
1.1.	Nom ^(1 bis)		
1.2.	Prénoms	Noms antérieurs ^(1 ter)	Lieu de naissance ⁽²⁾
1.3.	Date de naissance	Sexe	Nationalité
1.4.	Numéro d'identification/d'assurance ⁽³⁾		
1.5.	État civil ☐ célibataire ☐ divorcé	☐ marié ☐ séparé ⁽⁵⁾	☐ veuf ☐ cohabitant ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾
1.6.	Adresse dans le pays de résidence des membres de la famille		
	Rue	N°	
	Code postal	Localité	Pays

2.	☐ Conjoint ☐ Parent (père ou mère) survivant ⁽⁸⁾	☐ Conjoint divorcé ou séparé du travailleur ou du titulaire de pension ☐ Partenaire cohabitant ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾
2.1.	Nom ^(1 bis)	
2.2.	Prénoms	Noms antérieurs ^(1 ter)
2.3.	Date de naissance	Sexe
	Nationalité	Numéro d'assurance ou d'identification ⁽³⁾
2.4.	Adresse	
	Rue	N°
	Code postal	Localité
	Pays	
2.5.	Exercice d'une activité professionnelle ☐ Oui ☐ Non	

3.	☐ Personne(s) autre(s) que le conjoint au foyer de laquelle (desquelles) vivent les membres de la famille		
3.1.	Nom ^(1 bis)		
3.2.	Prénoms	Noms antérieurs ^(1 ter)	Lieu de naissance ⁽²⁾
3.3.	Date de naissance	Sexe	Nationalité
			Numéro d'assurance ou d'identification ⁽³⁾
3.4.	Lien de parenté avec le ou les enfant(s)		
3.5.	Adresse		
	Rue	N°	
	Code postal	Localité	Pays
3.6.	Exercice d'une activité professionnelle ☐ Oui ☐ Non		

4. Membres de la famille vivant sous le même toit que la personne désignée au cadre 2 ou au cadre 3, pour lesquels les prestations familiales sont demandées

[illegible]

5. Nom et adresse de l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales

5.1. Nom

5.2. Adresse ⁽¹¹⁾

5.3. Numéro de référence du dossier

B. Attestation

La partie B du présent formulaire doit être remplie par le bureau de la population ou par l'autorité/administration compétente en matière d'état civil du pays de résidence des membres de la famille ⁽¹³⁾.

6.	Composition de la famille dans laquelle vivent les membres désignés au cadre 4			
6.1.	Nom ^(1 bis)	Prénoms	Date de naissance ⁽⁹⁾	Lien de parenté ⁽¹⁰⁾
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
	6.			
	7.			
	8.			
	9.			
	10.			
6.2.	Observations ⁽¹³⁾			

7.	Renseignements à fournir uniquement pour les besoins des institutions danoises, islandaises et norvégiennes ⁽¹⁴⁾	
7.1.	Personne qui exerce l'autorité parentale	
7.2.	L'entretien des enfants payé par des fonds publics	☐ est ☐ n'est pas
7.3.	La mère et/ou le père des enfants Dans l'affirmative, date du décès	☐ est/sont décédé(e) (s) ☐ n'est/ne sont pas décédé(e) (s) ⁽¹⁵⁾
7.4.	La mère et/ou le père des enfants d'une pension de vieillesse ou d'invalidité	☐ bénéficie/bénéficient ☐ ne bénéficie/bénéficient pas ⁽¹⁵⁾

8.	Bureau de la population ou autorité/administration compétente en matière d'état civil ⁽¹²⁾ L'exactitude des renseignements donnés ci-dessus a été vérifiée sur la base des documents officiels en notre possession par	
8.1.	Nom et adresse du bureau de la population ou de l'autorité/administration compétente ⁽¹¹⁾	
8.2.	Cachet	8.3. Date
		8.4. Signature

INSTRUCTIONS

Le présent formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de cinq pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile. Il est rempli dans la langue de l'autorité désignée au cadre 8.

NOTES

- (¹) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique, CZ = République tchèque, DK = Danemark, DE = Allemagne, EE = Estonie, EL = Grèce, ES = Espagne, FR = France, IE = Irlande, IT = Italie, CY = Chypre, LV = Lettonie, LT = Lituanie, LU = Luxembourg, HU = Hongrie, MT = Malte, NL = Pays-Bas, AT = Autriche, PL = Pologne, PT = Portugal, SI = Slovénie, SK = Slovaquie, FI = Finlande, SE = Suède, UK = Royaume-Uni, IS = Islande; LI = Liechtenstein, NO = Norvège, CH = Suisse.
- (^{1 bis}) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms. Pour les ressortissants portugais, indiquer tous les noms (prénoms, nom, nom de jeune fille) dans l'ordre de l'état civil tels qu'ils apparaissent sur la carte d'identité ou le passeport.
- (^{1 ter}) Les noms antérieurs incluent le nom à la naissance.
- (²) Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.
- (³) Si le formulaire est destiné à une institution tchèque, indiquer le numéro de naissance; à une institution chypriote, le numéro d'identification national pour les ressortissants chypriotes et le numéro du certificat d'enregistrement d'étranger (ARC) pour les ressortissants non chypriotes; à une institution danoise, le numéro CPR; à une institution finlandaise, le numéro du registre de la population; à une institution suédoise, le numéro personnel (personnummer); à une institution islandaise, le numéro d'identification personnel (kennitala); à une institution du Liechtenstein, le numéro d'assuré AHV; à une institution lituanienne, le numéro d'identification personnel; à une institution lettone le numéro d'identité; à une institution hongroise, le numéro TAJ (identification d'assurance sociale); à une institution maltaise, le numéro de carte d'identité pour les ressortissants maltais et le numéro de la sécurité sociale maltaise pour les ressortissants non maltais; à une institution norvégienne, le numéro d'identification personnel (fødselsnummer); à une institution belge, le numéro d'identification de sécurité sociale (NISS); à une institution allemande du régime général des pensions, le numéro d'assuré (VSNR); à une institution espagnole, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (D.N.I.), ou la N.I.E. pour les ressortissants étrangers, même si la carte est périmée; à une institution polonaise, les numéros PESEL et NIP; à une institution portugaise, indiquer aussi le numéro d'affilié au régime général des pensions, si l'intéressé a été affilié au régime de sécurité sociale des fonctionnaires au Portugal; à une institution slovaque, le numéro de naissance; à une institution slovène, le numéro d'identification personnel (EMŠO) et le numéro d'identification fiscale; à une institution suisse, le numéro d'assuré AVS/AI (AHV/IV).
- (⁴) Le Danemark, la Pologne, la Slovaquie, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse n'établissent pas de distinction entre le titulaire d'une pension relevant du régime applicable aux travailleurs salariés et le titulaire d'une pension relevant du régime applicable aux travailleurs non salariés.
- (⁵) Pour les besoins des institutions norvégiennes, indiquer la date de séparation
-
- (⁶) Pour les besoins des institutions tchèques, danoises, islandaises et norvégiennes.
- (⁷) Ce renseignement est fondé sur une déclaration de l'intéressé.
- (⁸) Sauf s'il est déjà mentionné au cadre 1.
- (⁹) Pour les besoins des institutions danoises et norvégiennes, indiquer uniquement les enfants âgés de moins de 18 ans. Pour les besoins des institutions lettones, indiquer uniquement les enfants âgés de moins de 15 ans et, s'ils fréquentent des établissements d'enseignement général ou professionnel et ne perçoivent pas de bourse d'études, et s'ils ne sont pas mariés, les enfants âgés de moins de 20 ans.
- (¹⁰) Préciser le lien de parenté entre chaque membre de la famille et le travailleur au moyen des symboles suivants:
 A = enfant légitime. En Espagne et en Pologne, enfant né du mariage (matrimonial) et enfant né hors mariage (non matrimonial).
 B = enfant légitimé.
 C = enfant adoptif.
 D = enfant naturel (quand la déclaration est remplie au nom d'un travailleur masculin, les enfants naturels ne doivent être mentionnés que si la paternité ou l'obligation alimentaire du travailleur a été reconnue officiellement).
 E = enfant d'un conjoint faisant partie du ménage du travailleur.
 F = petits-enfants, frères et sœurs que l'intéressé a accueillis dans son ménage. Également les neveux et nièces jusqu'au troisième degré, si l'institution compétente est une institution grecque. Si l'institution compétente est une institution polonaise, seuls les petits-enfants et les frères et sœurs dont le tuteur légal est une personne habilitée ou son conjoint.
 G = autres enfants faisant partie du ménage en permanence sur le même pied que les enfants du travailleur (enfants recueillis). Si l'institution compétente est une institution polonaise, seuls les autres enfants dont le tuteur légal est une personne habilitée ou son conjoint.
 H = pour les besoins des institutions tchèques, décrire les autres formes de garde (garde accordée à la suite d'une décision de justice à des personnes autres que les parents, le tuteur, le curateur, etc.).
 Les autres liens de parenté (par exemple: grand-père) doivent être mentionnés en toutes lettres. Si un enfant est marié, divorcé ou veuf, l'indiquer aux points 4 et 6.1. Indiquer également si un enfant est orphelin de père ou de mère pour les besoins des institutions grecques.
- (¹¹) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

- (¹²) En Espagne, la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direction provinciale de l'Institut national de la sécurité sociale) du lieu de résidence, ou l'«Autoridad Municipal» (autorité municipale), selon le cas. Dans le cas des marins, la «Dirección Provincial del Instituto Social de la Marina» (direction provinciale de l'Institut social de la marine); en France, la mairie ou la caisse d'allocations familiales; en Irlande, la «Child Benefit Section, Department of Social and Family Affairs» (service des prestations pour enfants, ministère des affaires sociales et familiales), St Oliver Plunkett Road, Letterkenny Co. Donegal; à Chypre, le «Ministry of Finance, Grants and Benefits Service» (ministère des finances, service des allocations et prestations), 1489 Nicosie; en Lettonie, la «Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (agence d'assurance sociale de l'État), Riga; en Pologne, la commune ou l'arrondissement; au Portugal, la «Junta de Freguesia» (conseil de paroisse) du lieu de résidence des membres de la famille; en Slovaquie, l'«úrad práce, sociálnych vecí a rodiny» (administration du travail, des affaires sociales et de la famille) du lieu de résidence du demandeur; en Finlande, l'institution d'assurances sociales, Helsinki; en Suède, le «Försäkringskassan» (office des assurances sociales) du lieu de résidence; au Royaume-Uni, «Inland Revenue, Child Benefit Office» (administration fiscale, bureau des prestations pour enfants) (GB), PO Box 1, Newcastle-upon-Tyne NE 88 IAA, ou, pour l'Irlande du Nord: «Child Benefit Office» (bureau des prestations pour enfants) (NI), Windsor House, 9-15 Bedford Street Belfast BT2 7UW, et «Inland Revenue, Tax Credits Office» (administration fiscale, bureau des crédits d'impôt) (Irlande du Nord), 52-58 Great Victoria Street, Belfast BT2 7WF, selon le cas; en Suisse, l'administration locale (office d'état civil) du lieu de résidence.
- (¹³) Si l'enfant n'a pas la même adresse que celle indiquée au point 2.5 ou 3.6, mentionner cette autre adresse. Pour les besoins des institutions norvégiennes et polonaises, indiquer si l'enfant réside dans un orphelinat, une école spéciale ou un autre établissement de ce type.
- (¹⁴) Ces renseignements ne sont fournis que si les administrations civiles disposent des données nécessaires.
- (¹⁵) Biffer la mention inutile.
-

ATTESTATION CONCERNANT LE MONTANT DES REVENUS DE LA FAMILLE EN VUE DE L'OCTROI DE PRESTATIONS FAMILIALES CONFORMÉMENT À LA LÉGISLATION POLONAISE

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 73; article 74; article 77; article 78
Règlement (CEE) n° 574/72: article 86; article 88; article 90

À utiliser en vue de l'octroi de prestations familiales conformément à la législation polonaise.
Le présent formulaire doit être complété par l'institution d'un État membre autre que l'État membre compétent ⁽¹⁾.

1. Revenus bruts perçus par les personnes mentionnées aux points 1, 2 et 4 du formulaire E 401 durant la période du
au dans un État membre autre que l'État membre compétent ⁽²⁾

	Personnes mentionnées au point 1 du formulaire E 401	Personnes mentionnées au point 2 du formulaire E 401	Enfant(s) (personnes mentionnées au point 4 du formulaire E 401)
1.1. Salaire provenant d'une activité rémunérée			
1.2. Autres revenus provenant d'activités professionnelles (non salariées)			
1.3. Prestations de sécurité sociale — Prestations familiales			
1.4. Pensions alimentaires perçues ⁽³⁾			
1.5. Revenus totaux			
1.6. Pensions alimentaires versées au bénéfice d'autres personnes ⁽⁴⁾			
1.7. Cotisations de sécurité sociale			
1.8. Impôt sur le revenu (IR)			

2. Institution d'un État membre autre que l'État membre compétent ⁽¹⁾

2.1. Nom	
2.2. Adresse ⁽⁵⁾	
2.3. Numéro de référence du dossier	
2.4. Cachet	2.5. Date
	2.6. Signature

NOTES

- (¹) À compléter par l'institution visée à l'annexe de la décision n° 151 ou dans la nouvelle décision n° 201 (approuvant ce formulaire).
Si les informations demandées ne peuvent être confirmées en tout ou en partie par l'institution, le présent formulaire doit être renvoyé malgré tout, même vierge ou incomplet; si possible, il devrait être accompagné d'une déclaration certifiée contenant les informations requises concernant la ou les personne(s) concernée(s).
- (²) La période visée est à compléter par l'institution mentionnée au point 5 du formulaire E 401.
- (³) Si ce montant n'a pas été pris en compte dans les revenus indiqués au point 1.3.
- (⁴) Personnes mentionnées aux points 1, 2 et 4 du formulaire E 401.
- (⁵) Rue, numéro, code postal, localité et pays.
-



ATTESTATION DE POURSUITE D'ÉTUDES EN VUE DE L'OCTROI DES PRESTATIONS FAMILIALES

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 73; article 74; article 77; article 78
Règlement (CEE) n° 574/72: article 86; article 88; article 90; article 91; article 92

A. Demande d'attestation

À remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales. Si le formulaire est destiné à une institution belge ou tchèque, joindre un formulaire E 402 Annexe.

1.	Requérant les prestations familiales			
	☐ Travailleur salarié	☐ Titulaire de pension (régime salariés)		
	☐ Travailleur non salarié	☐ Titulaire de pension (régime non salariés)		
	☐ Personne qui les réclame à un autre titre	☐ Orphelin		
1.1. Nom ^(1 bis)				
1.2. Prénoms Noms antérieur ^(1 bis) Lieu de naissance ⁽²⁾				
2.3. Date de naissance Sexe Nationalité Numéro d'assurance ou d'identification ⁽³⁾				
1.4. Adresse ⁽⁵⁾				

2.	Élève ou étudiant			
2.1. Nom ^(1 bis)				
2.2. Prénoms Noms antérieurs ^(1 bis)				
2.3. Lieu de naissance ⁽²⁾ ⁽⁴⁾ Date de naissance Numéro d'assurance ou d'identification ⁽³⁾				
2.4. Adresse ⁽⁵⁾				
2.5. ☐ a achevé un programme d'enseignement supérieur ☐ n'a pas achevé un programme d'enseignement supérieur ⁽¹¹⁾				

3.	Institution compétente pour l'octroi des prestations familiales			
3.1. Dénomination				
3.2. Adresse ⁽⁵⁾				
3.3. Numéro de référence du dossier				
3.4. Cachet		3.5. Date		
		3.6. Signature		

B. Attestation

À remplir par l'établissement (école ou établissement d'enseignement supérieur ou universitaire) et à adresser à l'institution mentionnée au cadre 3.

4.

- 4.1. La personne désignée au cadre 2 fréquente l'établissement d'enseignement désigné au cadre 7 depuis le
- 4.2. L'année scolaire a commencé le (date) et fini le (date)
- 4.3. Type d'école ⁽⁶⁾
Type d'études ^(6 bis)
- 4.4. L'enseignement dans cet établissement se prolongera probablement jusqu'au
- 4.5. L'enseignement comporte heures de cours par semaine ⁽⁷⁾
Ces heures se répartissent sur demi-journées ⁽⁸⁾
- 4.6. Nombre estimatif d'heures consacrées chaque semaine aux devoirs à domicile ⁽⁹⁾

5. Renseignements à fournir uniquement pour les besoins des institutions françaises, luxembourgeoises et néerlandaises

- 5.1. La personne désignée au cadre 2 suit, dans l'établissement désigné au cadre 7, un enseignement
☐ d'ordre général ☐ supérieur ou universitaire ☐ d'ordre technique ou professionnel ☐ autre (à préciser)
- 5.2. Cas particuliers (à préciser):
☐ cours par correspondance ☐ cours du soir
☐ cours d'une durée hebdomadaire inférieure à 20 heures
☐ scolarité inférieure à l'année scolaire, du au
☐ autres
- 5.3. Montant du droit d'inscription dans l'établissement d'enseignement ⁽⁹⁾
- 5.4. La personne désignée au cadre 2 reçoit-elle une bourse d'études ⁽⁶⁾? ☐ Oui ☐ Non
- 5.4.1. Montant de la bourse d'études
- 5.5. Forme de rémunération ou d'allocation ⁽¹⁰⁾
- 5.6. État civil

6. Renseignements à fournir uniquement pour les besoins des institutions allemandes s'il s'agit d'un cours d'une durée inférieure à 10 heures par semaine

- 6.1. Le cours est prescrit ou recommandé par un programme d'études agréé par l'État. ☐ Oui ☐ Non
Si non,
- 6.2. Le cours se termine par un examen prescrit ou bénéficiant d'une large reconnaissance ☐ Oui ☐ Non
Si non,
- 6.3. Des tests réguliers sont organisés pendant la durée du cours. ☐ Oui ☐ Non
Si non,
- 6.4. Les leçons du cours nécessitent une préparation ou un suivi important. ☐ Oui ☐ Non
Si non,
- 6.5. Des connaissances ou aptitudes supplémentaires sont acquises, qui sont nécessaires ou utiles pour le cours. ☐ Oui ☐ Non

7. École ou établissement d'enseignement supérieur ou universitaire

- 7.1. Nom
- 7.2. Adresse ⁽⁵⁾
.....
- 7.3. Cachet 7.4. Date
- 7.5. Signature

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il doit être rempli dans la langue de l'établissement mentionné au cadre 7.

NOTES

- (¹) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; EL = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (^{1 bis}) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms à la naissance. Pour les ressortissants portugais, indiquer tous les noms (prénoms, nom, nom de jeune fille) dans l'ordre de l'état civil tels qu'ils apparaissent sur la carte d'identité ou le passeport. Dans le cas de la République tchèque, lorsque les prestations familiales sont demandées par un étudiant, indiquer le même nom aux points 1 et 2.
- (²) Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.
- (³) Si le formulaire est destiné à une institution tchèque, indiquer le numéro de naissance; à une institution chypriote, le numéro d'identification national pour les ressortissants chypriotes et le numéro du certificat d'enregistrement d'étranger (ARC) pour les ressortissants non chypriotes; à une institution danoise, le numéro CPR; à une institution finlandaise, le numéro du registre de la population; à une institution suédoise, le numéro personnel (personnummer); à une institution islandaise, le numéro d'identification personnel (kennitala); à une institution lettone, le numéro d'identité; à une institution du Liechtenstein, le numéro d'assuré AHV; à une institution lituanienne, le numéro d'identification personnel; à une institution hongroise, le numéro TAJ (identification d'assurance sociale); à une institution maltaise, le numéro de carte d'identité pour les ressortissants maltais et le numéro de sécurité sociale maltaise pour les ressortissants non maltais; à une institution norvégienne, le numéro d'identification personnel (fødselsnummer); à une institution belge, le numéro d'identification de sécurité sociale (NISS); à une institution allemande du régime général des pensions, le numéro d'assuré (VSNR); à une institution espagnole, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (D.N.I.), ou la N.I.E. pour les ressortissants étrangers, même si la carte est périmée; à une institution polonaise, les numéros PESEL et NIP; à une institution portugaise, indiquer aussi le numéro d'affilié au régime général des pensions, si l'intéressé a été affilié au régime de sécurité sociale des fonctionnaires au Portugal; à une institution slovaque, le numéro de naissance; à une institution slovène, le numéro d'identification personnel (EMŠO); à une institution suisse, le numéro d'assuré AVS/AI (AHV/IV).
- (⁴) Pour les ressortissants suédois, ce renseignement ne peut être fourni que s'il est précisé qu'il est absolument nécessaire.
- (⁵) Rue, numéro, code postal, localité et pays.
- (⁶) Indiquer s'il s'agit d'une école publique, d'une école privée, d'une école placée sous le contrôle de l'État. À remplir uniquement si l'institution désignée au cadre 3 est une institution du Royaume-Uni.
- (^{6 bis}) Pour les besoins des institutions slovaques, veuillez indiquer s'il s'agit d'études à temps plein ou à temps partiel.
- (⁷) Pour les besoins des institutions allemandes, indiquer au point 6 s'il s'agit d'un cours d'une durée inférieure à 10 heures par semaine.
- (⁸) À remplir si le formulaire est destiné à une institution belge ou finlandaise; l'indication du nombre de demi-journées est donnée s'il s'agit d'enseignement scolaire primaire ou secondaire.
- (⁹) Pour les besoins des institutions néerlandaises.
- (¹⁰) Pour les besoins des institutions maltaises, indiquer si l'enfant perçoit une quelconque forme de rémunération pour ses études et préciser le montant hebdomadaire.
- (¹¹) Pour les besoins des institutions slovaques, indiquer si l'intéressé a achevé un programme d'enseignement supérieur.

À remplir par l'école ou par l'établissement d'enseignement supérieur ou universitaire désigné au cadre 2 si la demande de prestations familiales doit être présentée à une institution belge ou tchèque.

1.	1.1. Sur combien de demi-journées et combien d'heures par semaine les cours sont-ils répartis? demi-journées heures 1.2. Les cours ☐ se donnent ☐ ne se donnent pas avant 19 heures 1.3. L'élève ☐ suit régulièrement ☐ ne suit pas régulièrement les cours Dans la négative, indiquer le nombre de jours d'absence et le motif 1.4. Les cours mentionnés au point 1.1 ci-dessus a) ☐ comprennent ☐ ne comprennent pas les heures de stage requises pour l'obtention d'un diplôme officiel Dans l'affirmative, indiquer les salaires ou indemnités mensuels nets octroyés pour la période du au b) ☐ comprennent ☐ ne comprennent pas les heures consacrées aux exercices pratiques dans l'établissement Dans l'affirmative, indiquer le nombre d'heures par semaine c) ☐ comprennent ☐ ne comprennent pas les heures consacrées à l'étude dans l'établissement Dans l'affirmative, indiquer le nombre d'heures par semaine 1.5. Nature de l'enseignement ☐ Formation générale ☐ Enseignement technique ☐ Enseignement artistique ☐ Enseignement supérieur non universitaire ☐ Enseignement universitaire 1.6. L'étudiant ☐ prépare ☐ ne prépare pas un mémoire de fin d'études Dans l'affirmative, — depuis quelle date? — à quelle date doit-il présenter son mémoire? 1.7. Le programme ☐ est ☐ n'est pas agréé par l'État ☐ correspond ☐ ne correspond pas à un programme agréé par l'État 1.8. Indiquer les périodes de vacances — Vacances de Noël du au — Vacances de Pâques du au — Vacances d'été du au
-----------	--

2.	École ou établissement d'enseignement supérieur ou universitaire 2.1. Dénomination 2.2. Adresse (⁵) 2.3. Cachet 2.4. Date 2.5. Signature
-----------	---



ATTESTATION D'APPRENTISSAGE ET/OU DE FORMATION PROFESSIONNELLE EN VUE DE L'OCTROI DES PRESTATIONS
FAMILIALES

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 73; article 74; article 77; article 78
Règlement (CEE) n° 574/72: article 86; article 88; article 90; article 91; article 92

A. Demande d'attestation

À remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales. Si le formulaire est destiné à une institution française, joindre, en cas de formation professionnelle, un formulaire «E 403 Annexe».

1.	Requérant les prestations familiales			
	☐ Travailleur salarié	☐ Titulaire de pension (régime salariés)		
	☐ Travailleur non salarié	☐ Titulaire de pension (régime non salariés)		
	☐ Personne qui les réclame à un autre titre	☐ Orphelin		
1.1. Nom (^{1 bis})				
.....				
1.2. Prénoms		Noms antérieurs (^{1 bis})		Lieu de naissance (²)
.....				
1.3. Date de naissance	Sexe	Nationalité	Numéro d'assurance ou d'identification (³)	
.....				
1.4. Adresse dans le pays de résidence de l'apprenti (⁴)				
.....				
.....				

2.	☐ Apprenti	☐ En formation professionnelle (⁵)		
2.1. Nom (^{1 bis})				
.....				
2.2. Prénoms		Noms antérieurs (^{1 bis})		
.....				
2.3. Lieu de naissance (²)	Date de naissance	Sexe	Numéro d'assurance ou d'identification (³)	
.....				
2.4. Adresse (⁴)				
.....				
.....				

3.	Institution compétente pour l'octroi des prestations familiales			
3.1. Nom				
3.2. Adresse (⁴)				
.....				
3.3. Numéro de référence du dossier				
3.4. Cachet		3.5. Date		
.....				
		3.6. Signature		
				

B. Attestation

À remplir par la personne, l'entreprise ou l'institution chargée de l'apprentissage et à adresser à l'organisme chargé du contrôle de l'apprentissage, qui doit la faire parvenir à l'institution mentionnée au cadre 3.

4.	Renseignements concernant l'apprentissage
4.1.	L'apprenti mentionné au cadre 2 nous a été confié à partir du en vue de sa formation au métier de
4.2.	L'apprentissage a lieu ☐ jours par semaine ☐ heures par semaine et se prolongera jusqu'au
4.3.	L'apprenti ☐ reçoit ☐ une allocation d'apprentissage ou un salaire ☐ net ⁽⁶⁾ ☐ brut ☐ hebdomadaire ☐ mensuel s'élevant à..... ☐ d'autres prestations, à savoir ⁽⁷⁾ : ☐ logement ☐ pension complète ☐ pension partielle ☐ pourboires ☐ repas par jour ☐ autre ⁽⁸⁾ de au s'élevant à ☐ ne reçoit pas ☐ d'allocation d'apprentissage ou de salaire ☐ d'autres prestations
4.4.	Lieu de travail
4.5.	Nom de la personne, de l'entreprise ou de l'institution chargée de l'apprentissage
4.6.	Adresse ⁽⁴⁾
4.7.	Cachet
	4.8. Date
	4.9. Signature

5.	Visa de l'organisme chargé du contrôle de l'apprentissage ⁽⁹⁾
5.1.	Nom
5.2.	Adresse ⁽⁴⁾
5.3.	Cachet
	5.4. Date
	5.5. Signature

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune information utile. Ce formulaire est rempli dans la langue de l'organisme visé au cadre 5.

NOTES

- (¹) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; EL = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Grande-Bretagne; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (^{1 bis}) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms de naissance. Pour les ressortissants portugais, indiquer tous les noms (prénoms, nom, nom de jeune fille) dans l'ordre de l'état civil tels qu'ils apparaissent sur la carte d'identité ou le passeport. Dans le cas de la République tchèque, lorsque les prestations familiales sont demandées par un étudiant, indiquer le même nom aux points 1 et 2.
- (²) Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.
- (³) Si le formulaire est destiné à une institution tchèque, indiquer le numéro de naissance; à une institution chypriote, le numéro d'identification national pour les ressortissants chypriotes et le numéro du certificat d'enregistrement d'étranger (ARC) pour les ressortissants non chypriotes; à une institution danoise, le numéro CPR; à une institution finlandaise, le numéro du registre de la population; à une institution suédoise, le numéro personnel (personnummer); à une institution islandaise, le numéro d'identification personnel (kennitala); à une institution lettone, le numéro d'identité; à une institution du Liechtenstein, le numéro d'assuré AHV; à une institution lituanienne, le numéro d'identification personnel; à une institution hongroise, le numéro TAJ (identification d'assurance sociale); à une institution maltaise, le numéro de carte d'identité pour les ressortissants maltais et le numéro de sécurité sociale maltaise pour les ressortissants non maltais; à une institution norvégienne, le numéro d'identification personnel (fødselsnummer); à une institution belge, le numéro d'identification de sécurité sociale (NISS); à une institution allemande du régime général des pensions, le numéro d'assuré (VSNR); à une institution espagnole, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (D.N.I.), ou la N.I.E. pour les ressortissants étrangers, même si la carte est périmée; à une institution polonaise, les numéros PESEL et NIP; à une institution portugaise, indiquer aussi le numéro d'affilié au régime général des pensions, si l'intéressé a été affilié au régime de sécurité sociale des fonctionnaires au Portugal; à une institution slovaque, le numéro de naissance; à une institution slovène, le numéro d'identification personnel (EMŠO); à une institution suisse, le numéro d'assuré AVS/AI (AHV/IV).
- (⁴) Rue, numéro, code postal, localité et pays.
- (⁵) Pour les besoins des institutions françaises, le formulaire «E 403 Annexe» doit être rempli si l'intéressé suit un stage de formation professionnelle.
- (⁶) Pour les institutions allemandes, indiquer uniquement le montant brut de l'allocation d'apprentissage.
- (⁷) Éventuellement préciser ces «autres prestations» dans le cadre ci-après.

.....
.....
.....
.....

- (⁸) Ce cadre est à remplir par les organismes suivants: en Irlande, par la «Child Benefit Section, Department of Social and Family Affairs» (service des prestations pour enfants, ministère de la famille et des affaires sociales), St. Oliver Plunkett Road, Letterkenny, Co. Donegal, dans le cas où le contrôle de l'apprentissage n'est pas de la compétence de l'industrial training authority (FAS); en Italie, par l'«Ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione» (bureau provincial du travail et du plein emploi), en Slovénie, the Chamber of Crafts of Slovenia.
- (⁹) Au sens de la législation française, sont visées les actions de préformation et de préparation à la vie professionnelle ayant pour objet de permettre à toute personne, sans qualification professionnelle et sans contrat de travail, d'atteindre le niveau nécessaire pour suivre un stage de formation.
- (¹⁰) Indiquer le montant perçu dans la monnaie de l'État membre sur le territoire duquel la formation professionnelle est suivie.
- (¹¹) Si un tel organisme existe dans l'État membre sur le territoire duquel la formation professionnelle est suivie.

À remplir si la demande de prestations familiales doit être présentée à une institution française et si elle concerne un stagiaire de formation professionnelle.

1.	Renseignements concernant la formation professionnelle ⁽⁹⁾
1.1.	La personne mentionnée au cadre 2 du formulaire E 403 ☐ suit une formation professionnelle depuis le ☐ a suivi une formation professionnelle du au
1.2.	Pour cette formation, la personne a-t-elle un contrat de travail? ☐ oui ☐ non
1.3.	Nature de la formation suivie
1.4.	Durée totale de la formation (mois, semaines)
1.5.	Nombre d'heures de formation — partie théorique ☐ par semaine ☐ par mois — stage pratique ☐ par semaine ☐ par mois
1.6.	La personne reçoit-elle une rémunération pendant la formation? ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser la nature montant mensuel net ⁽¹⁰⁾
1.7.	Lieu où est donnée la formation
1.8.	Nom de la personne, de l'entreprise ou de l'institution chargée de la formation professionnelle
1.9.	Adresse ⁽⁴⁾
1.10.	Cachet
	1.11. Date
	1.12. Signature

2.	Visa de l'organisme chargé du contrôle de la formation professionnelle ⁽¹¹⁾
2.1.	Nom
2.2.	Adresse ⁽⁴⁾
2.3.	Cachet
	2.4. Date
	2.5. Signature



CERTIFICAT MÉDICAL EN VUE DE L'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS FAMILIALES

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 73; article 74; article 77; article 78
Règlement (CEE) n° 574/72: article 86; article 88; article 90; article 91; article 92

A. Demande de certificat

À remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales.

1.	Requérant les prestations familiales			
	☐ Travailleur salarié	☐ Titulaire de pension (régime salariés)		
	☐ Travailleur non salarié	☐ Titulaire de pension (régime non salariés)		
	☐ Personne qui les réclame à un autre titre	☐ Orphelin		
1.1. Nom ^(1 bis)				
1.2. Prénoms Noms antérieurs ^(1 bis) Lieu de naissance ⁽²⁾				
1.3. Date de naissance Sexe Nationalité Numéro d'assurance ou d'identification ⁽³⁾				
1.4. Adresse ⁽⁴⁾				

2.	Personne qui fait l'objet du certificat médical			
2.1. Nom ^(1 bis)				
2.2. Prénoms Noms antérieurs ^(1 bis)				
2.3. Lieu de naissance ⁽²⁾ Date de naissance Sexe Numéro d'assurance ou d'identification ⁽³⁾				
2.4. Adresse ⁽⁴⁾				

3.	Institution compétente pour l'octroi des prestations familiales			
3.1. Nom				
3.2. Adresse ⁽⁴⁾				
3.3. Numéro de référence du dossier				
3.4. Cachet		3.5. Date		
		3.6. Signature		

B. Certificat

À remplir par le médecin désigné par l'organisme de liaison ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ du pays de résidence de la personne examinée et à adresser à l'institution mentionnée au cadre 3.

4.

- 4.1. a) Les facultés physiques ou mentales de la personne examinée ☐ sont diminuées ☐ ne sont pas diminuées
 Dans l'affirmative, pourcentage de diminution %
- b) La personne examinée ☐ est capable de gagner sa vie
☐ est incapable de gagner sa vie et de poursuivre sa formation professionnelle par l'étude en raison de sa déficience physique ou mentale
- c) La personne examinée ☐ est ☐ n'est pas ménagère
 Dans l'affirmative ☐ elle est ☐ elle n'est pas en état de tenir son ménage
- d) Observations éventuelles

- e) Description de l'état de la personne examinée

- 4.2. Date de début de l'infirmité ou de la maladie (de façon aussi précise que possible)

- 4.3. Durée probable
- 4.4. a) Un nouvel examen ☐ est nécessaire ☐ n'est pas nécessaire
 b) Dans l'affirmative, date de l'examen

5.

- 5.1. Nom et prénoms du médecin
- 5.2. Adresse ⁽⁴⁾

- 5.3. Date

- 5.4. Signature

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile. Ce formulaire est rempli dans la langue du médecin qui établit le certificat.

NOTES

- (¹) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque, DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; EL = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (^{1 bis}) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms à la naissance. Pour les ressortissants portugais, indiquer tous les noms (prénoms, nom, nom de jeune fille) dans l'ordre de l'état civil tels qu'ils apparaissent sur la carte d'identité ou le passeport.
- (²) Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.
- (³) Si le formulaire est destiné à une institution tchèque, indiquer le numéro de naissance; à une institution chypriote, le numéro d'identification national pour les ressortissants chypriotes et le numéro du certificat d'enregistrement d'étranger (ARC) pour les ressortissants non chypriotes; à une institution danoise, le numéro CPR; à une institution finlandaise, le numéro du registre de la population; à une institution suédoise, le numéro personnel (personnummer); à une institution islandaise, le numéro d'identification personnel (kennitala); à une institution lettone, le numéro d'identité; à une institution du Liechtenstein, le numéro d'assuré AHV; à une institution lituanienne, le numéro d'identification personnel; à une institution hongroise, le numéro TAJ (identification d'assurance sociale); à une institution maltaise, le numéro de carte d'identité pour les ressortissants maltais et le numéro de sécurité sociale maltaise pour les ressortissants non maltais; à une institution norvégienne, le numéro d'identification personnel (fødselsnummer); à une institution belge, le numéro d'identification de sécurité sociale (NISS); à une institution allemande du régime général des pensions, le numéro d'assuré (VSNR); à une institution espagnole, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (D.N.I.), ou la N.I.E. pour les ressortissants étrangers, même si la carte est périmée; à une institution polonaise, les numéros PESEL et NIP; à une institution portugaise, indiquer aussi le numéro d'affilié au régime général des pensions, si l'intéressé a été affilié au régime de sécurité sociale des fonctionnaires au Portugal; à une institution slovaque, le numéro de naissance; à une institution slovène, le numéro d'identification personnel (EMŠO); à une institution suisse, le numéro d'assuré AVS/AI (AHV/IV).
- (⁴) Rue, numéro, code postal, localité et pays.
- (⁵) Ou le médecin de la caisse désignée par l'organisme de liaison.
- (⁶) En Slovénie, il s'agit du médecin de son choix.

**CERTIFICAT MÉDICAL EN VUE DE L'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS FAMILIALES CONFORMÉMENT À LA LÉGISLATION
POLONAISE**

*Règlement (CEE) n° 1408/71: article 73; article 74; article 77; article 78
Règlement (CEE) n° 574/72: article 86; article 88; article 90; article 91; article 92*

A. Demande de certificat

À remplir par l'institution polonaise compétente pour l'octroi des prestations familiales.

1.	Requérant les prestations familiales			
	☐ Travailleur salarié			☐ Titulaire de pension (régime salariés)
	☐ Travailleur non salarié			☐ Titulaire de pension (régime non salariés)
	☐ Personne qui les réclame à un autre titre			☐ Orphelin
1.1. Nom ⁽¹⁾				
1.2. Prénoms Noms antérieurs ⁽¹⁾ Lieu de naissance ⁽²⁾				
1.3. Date de naissance Sexe Nationalité Numéros PESEL et NIP				
1.4. Adresse ⁽³⁾				

2.	Personne qui fait l'objet du certificat médical			
2.1. Nom ⁽¹⁾				
2.2. Prénoms Noms antérieurs ^(1 bis)				
2.3. Lieu de naissance ⁽²⁾ Date de naissance Sexe				
2.4. Adresse ⁽³⁾				

3.	Institution compétente pour l'octroi des prestations familiales			
3.1. Nom				
3.2. Adresse ⁽³⁾				
3.3. Numéro de référence du dossier				
3.4. Cachet				
3.5. Date				
3.6. Signature				

B. Certificat

À remplir par le médecin désigné par l'organisme de liaison ⁽⁴⁾ du pays de résidence de la personne examinée et à adresser à l'institution mentionnée au cadre 3. Il convient de remplir la partie I ou la partie II selon l'âge de la personne qui fait l'objet du certificat. La partie I a) ou II b) doit être remplie en fonction de l'état de santé des personnes âgées de plus de 16 ans.

I. Pour une personne de moins de 16 ans

4.	Handicap
4.1.	Âge de l'enfant le jour de l'examen médical.....an(s) .....mois Poids de l'enfant Taille
4.2.	La durée probable de la déficience physique ou mentale due à une malformation congénitale, à une maladie de longue durée ou à une blessure corporelle dépasse 12 mois ☐ Oui ☐ Non
4.3.	L'enfant requiert une assistance ou des soins permanents pour satisfaire de façon adéquate les besoins vitaux fondamentaux d'une personne de son âge ☐ Oui ☐ Non

II. Pour une personne de plus de 16 ans**a) Handicap lourd (dû à une déficience physique)**

4.4.	Capacité de travail limitée	
a)	l'intéressé est incapable de travailler	☐ Oui ☐ Non
b)	l'intéressé est capable de travailler dans un environnement de travail protégé uniquement	☐ Oui ☐ Non
4.5.	Pour remplir son rôle social, l'intéressé nécessite	
a)	une assistance et des soins permanents de tiers	☐ Oui ☐ Non
b)	une assistance et des soins à long terme de tiers	☐ Oui ☐ Non
4.6.	L'intéressé est incapable de vivre de façon autonome	☐ Oui ☐ Non

b) Handicap moyen (dû à une déficience physique)

4.7.	Capacité de travail limitée	
a)	l'intéressé est incapable de travailler	☐ Oui ☐ Non
b)	l'intéressé est capable de travailler dans un environnement de travail protégé uniquement	☐ Oui ☐ Non
4.8.	Pour remplir son rôle social, l'intéressé nécessite	
a)	une assistance et des soins temporaires de tiers	☐ Oui ☐ Non
b)	une assistance et des soins partiels de tiers	☐ Oui ☐ Non
4.9.	Période pendant laquelle le handicap est apparu: avant l'âge de 16 ans	☐ Oui ☐ Non

5.	
5.1.	Nom et prénoms du médecin
5.2.	Adresse ⁽³⁾
5.3.	Cachet
5.4.	Date
5.5.	Signature

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées ou en cochant la réponse adéquate (OUI ou NON). Ce formulaire est rempli dans la langue du médecin qui établit le certificat.

NOTES

- (¹) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms à la naissance. Pour les ressortissants portugais, indiquer tous les noms (prénoms, nom, nom de jeune fille) dans l'ordre de l'état civil tels qu'ils apparaissent sur la carte d'identité ou le passeport.
- (²) Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.
- (³) Rue, numéro, code postal, localité et pays.
- (⁴) Ou le médecin de la caisse désignée par l'organisme de liaison.

EXPLICATIONS

Conformément à la législation polonaise, les enfants de moins de 16 ans sont considérés comme des personnes handicapées en cas de déficience physique ou mentale due à une malformation congénitale, à une maladie de longue durée ou à une blessure corporelle et dont la durée est estimée à plus de douze mois, et s'ils nécessitent une assistance et des soins permanents pour satisfaire de façon adéquate les besoins vitaux fondamentaux d'une personne de leur âge.

Si la réponse «OUI» est cochée aux points 4.2 et 4.3, l'enfant sera considéré comme une personne handicapée conformément à la législation polonaise.

Selon la législation polonaise, les personnes souffrant d'une déficience physique ou mentale peuvent appartenir à l'une des 3 catégories de handicap suivantes: les handicaps lourds, moyens et légers.

- Une personne souffrant d'un handicap lourd est une personne souffrant d'une déficience physique, qui n'est pas capable de travailler ou qui n'est capable de travailler que dans un environnement de travail protégé, qui n'est pas capable de vivre de façon autonome et qui requiert une assistance et des soins permanents ou à long terme de tiers afin de remplir son rôle social.
- Une personne souffrant d'un handicap moyen est une personne souffrant d'une déficience physique, qui n'est pas capable de travailler ou qui n'est capable de travailler que dans un environnement de travail protégé et qui requiert une assistance et des soins temporaires ou partiels de tiers afin de remplir son rôle social.

Si la réponse «Oui» est cochée aux points: 4.4 a), 4.5 a), 4.6 ou 4.4 a), 4.5 b), 4.6 ou 4.4 b), 4.5 a), 4.6 ou 4.4 b), 4.5 b), 4.6, l'intéressé souffre d'un handicap lourd; 4.7 a) ou 4.7 b) ou 4.8 a) ou 4.8 b), l'intéressé souffre d'un handicap moyen.

**ATTESTATION CONCERNANT LA TOTALISATION DES PÉRIODES D'ASSURANCE, D'EMPLOI OU D'ACTIVITÉ NON SALARIÉE,
OU CONCERNANT LES CAS D'OCCUPATIONS SUCCESSIVES DANS PLUSIEURS ÉTATS MEMBRES ENTRE LES ÉCHÉANCES
DE PAIEMENT PRÉVUES PAR LA LÉGISLATION DE CES ÉTATS**

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 12; article 72
Règlement (CEE) n° 574/72: article 10 bis; article 85, paragraphes 2 et 3

La présente attestation est délivrée à l'assuré sur sa demande. S'il y a lieu, l'institution compétente s'adresse, pour l'obtenir,
à l'institution à laquelle l'assuré était affilié antérieurement.

A. À remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales dont relève l'assuré

1.	☐ Travailleur salarié	☐ Travailleur non salarié	☐ Chômeur
1.1.	Nom ^(1 bis)		
1.2.	Prénoms	Noms antérieurs ^(1 bis)	Lieu de naissance ⁽²⁾
1.3.	Date de naissance	Sexe	Nationalité
1.4.	État civil	☐ célibataire	☐ marié
		☐ divorcé	☐ séparé
			☐ veuf
			☐ cohabitant ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾
1.5.	Adresse ⁽⁶⁾		

2.	Personne qui doit percevoir les prestations familiales		
2.1.	Nom ^(1 bis)		
2.2.	Prénoms	Noms antérieurs ^(1 bis)	Lieu de naissance ⁽²⁾
2.3.	Date de naissance	Sexe	Nationalité
2.4.	Adresse ⁽⁶⁾		

3.	Période pour laquelle les renseignements sont demandés		
3.1.	Du au		
3.2.	Nom et adresse de l'employeur ⁽⁷⁾		
3.3.	Nature de l'activité non salariée ⁽⁷⁾		

4.	Institution dont l'assuré relevait antérieurement au titre d'une activité salariée ou non salariée		
4.1.	Dénomination		
4.2.	Adresse ⁽⁶⁾		

5.	Institution du lieu de résidence des membres de la famille		
5.1.	Dénomination		
5.2.	Adresse ⁽⁶⁾		

6. Institution dont l'assuré relève actuellement

6.1. Dénomination

6.2. Adresse ⁽⁶⁾
.....

6.3. Numéro de référence du dossier
.....

6.4. Cachet

6.5. Date
.....

6.6. Signature
.....

B. À remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales dont l'assuré relevait antérieurement

7.1. Nous certifions que le travailleur désigné au cadre 1 a été assuré
du au ⁽⁸⁾

7.2. En/au/à ⁽⁹⁾

7.3. ☐ Il a droit ☐ Il n'a pas droit à des prestations familiales

7.4. Des prestations familiales lui ont été servies du au

7.5. Membres de la famille pour lesquels les prestations ont été servies

7.5.1. Nom	Prénoms	Date de naissance	Montant mensuel
.....			
.....			
.....			

7.5.2. Les montants ont-ils été revalorisés?
.....

8. Institution dont l'assuré relevait antérieurement au titre d'une activité salariée ou non salariée

8.1. Dénomination

8.2. Adresse ⁽⁶⁾
.....

8.3. Cachet

8.4. Date
.....

8.5. Signature
.....

9. Remarques
.....

INSTRUCTIONS

Le présent formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile

NOTES

- (¹) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; EL = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (^{1 bis}) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms à la naissance.
Pour les ressortissants portugais, indiquer tous les noms (prénoms, nom, nom de jeune fille) dans l'ordre de l'état civil tels qu'ils apparaissent sur la carte d'identité ou le passeport.
- (²) Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.
- (³) Si le formulaire est destiné à une institution tchèque, indiquer le numéro de naissance; à une institution chypriote, le numéro d'identification national pour les ressortissants chypriotes et le numéro du certificat d'enregistrement d'étranger (ARC) pour les ressortissants non chypriotes; à une institution danoise, le numéro CPR; à une institution finlandaise, le numéro du registre de la population; à une institution suédoise, le numéro personnel (personnummer); à une institution islandaise, le numéro d'identification personnel (kennitala); à une institution lettone le numéro d'identité; à une institution du Liechtenstein, le numéro d'assuré AHV; à une institution lituanienne, le numéro d'identification personnel; à une institution hongroise, le numéro TAJ (identification d'assurance sociale); à une institution maltaise, le numéro de carte d'identité pour les ressortissants maltais et le numéro de la sécurité sociale maltaise pour les ressortissants non maltais; à une institution norvégienne, le numéro d'identification personnel (fødselsnummer); à une institution belge, le numéro d'identification de sécurité sociale (NISS); à une institution allemande du régime général des pensions, le numéro d'assuré (VSNR); à une institution espagnole, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (D.N.I.), ou la N.I.E. pour les ressortissants étrangers, même si la carte est périmée; à une institution polonaise, les numéros PESEL et NIP; à une institution portugaise, indiquer aussi le numéro d'affilié au régime général des pensions, si l'intéressé a été affilié au régime de sécurité sociale des fonctionnaires au Portugal; à une institution slovaque, le numéro de naissance; à une institution slovène, le numéro d'identification personnel (EMŠO); à une institution suisse, le numéro d'assuré AVS/AI (AHV/IV).
- (⁴) Pour les besoins des institutions tchèques, danoises, islandaises et norvégiennes.
- (⁵) Ce renseignement est fondé sur une déclaration de l'intéressé.
- (⁶) Rue, numéro, code postal, localité, pays.
- (⁷) Pour la période précédant le transfert du travailleur dans l'État membre à la législation duquel il est actuellement assujéti.
- (⁸) a) Pour les besoins des institutions grecques, indiquer le nombre de jours de travail accomplis au cours de l'année civile précédant celle pendant laquelle les prestations ou allocations familiales sont demandées.
b) Pour les besoins des institutions belges, indiquer le nombre de jours de travail salarié et non salarié dans le cadre ci-après:

Nombre de jours de travail salarié:
Nombre de jours de travail non salarié:

- c) Pour les besoins des institutions françaises, indiquer le nombre de jours et d'heures de travail salarié, ainsi que le salaire brut perçu, dans le cadre ci-après:

	Nombre de jours de travail salarié	Nombre d'heures de travail salarié	Salaire brut perçu
Au cours du dernier mois			
Au cours des trois derniers mois			
Au cours des six derniers mois			

- (⁹) Pays dans lequel a été exercée l'activité considérée.

ATTESTATION CONCERNANT LA PERSONNE EN CONGÉ PARENTAL EN VUE DE L'OCTROI DE PRESTATIONS FAMILIALES

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 12; article 72; article 73

Règlement (CEE) n° 574/72: article 10 bis; article 85; article 86

À utiliser en vue de l'octroi de prestations familiales conformément à la législation polonaise.

A. Demande d'attestation

1.	Personne demandant les prestations familiales ☐ Travailleur salarié			
1.1.	Nom ⁽¹⁾			
1.2.	Prénom(s)	Noms et prénoms antérieurs ⁽¹⁾	Lieu de naissance ⁽²⁾	
1.3.	Date de naissance	Sexe	Nationalité	Numéros PESEL et NIP
1.4.	État civil	☐ célibataire ☐ divorcé	☐ marié ☐ séparé	☐ veuf ☐ concubin ⁽³⁾ ⁽⁴⁾
1.5.	Adresse ⁽⁵⁾			

2.	Personne à laquelle se rapporte l'attestation			
2.1.	Nom ⁽¹⁾			
2.2.	Prénom(s)	Noms et prénoms antérieurs ⁽¹⁾	Lieu de naissance ⁽²⁾	
2.3.	Date de naissance	Sexe	Nationalité	Numéros PESEL et NIP
2.4.	Adresse ⁽⁵⁾			
2.5.	Période couverte par l'attestation		du	au

3.	Institution compétente pour l'octroi des prestations familiales			
3.1.	Dénomination			
3.2.	Adresse ⁽⁵⁾			
3.3.	Numéro de référence du dossier			
3.4.	Cachet		3.5.	Date
			3.6.	Signature

B. Attestation

À remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales dont l'intéressé relevait antérieurement.

4.	Il est certifié que la personne désignée au cadre 2		
4.1.	a exercé une activité rémunérée du	au	(6)
	en/au/à		(7)
5.	La personne désignée au cadre 2		
5.1.	est actuellement salariée ou exerce un autre activité professionnelle rémunérée	☐ Oui ☐ Non	
5.2.	est actuellement en congé parental (8)	☐ Oui ☐ Non	
6.	Institution auprès de laquelle la personne désignée au cadre 2 a récemment été inscrite en tant que travailleur salarié		
6.1.	Dénomination		
6.2.	Adresse (5)		
6.3.	Cachet	6.4.	Date
		6.5.	Signature

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de deux pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

NOTES

- (1) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms à la naissance. Pour les ressortissants portugais, indiquer tous les noms (prénoms, nom, nom de jeune fille) dans l'ordre de l'état civil tels qu'ils apparaissent sur la carte d'identité ou le passeport.
- (2) Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.
- (3) Pour les besoins des institutions néerlandaises, polonaises, islandaises et norvégiennes.
- (4) Ce renseignement est fondé sur une déclaration de l'intéressé.
- (5) Rue, numéro, code postal, localité, pays.
- (6) Prière d'indiquer les dates exactes (jour/mois/année).
- (7) Pays dans lequel l'activité a été exercée.
- (8) Cela concerne les prestations octroyées pour un enfant lorsque l'un des parents est en congé parental.



ATTESTATION DE PASSAGE DES EXAMENS POSTNATALS

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 73; article 74
Règlement (CEE) n° 574/72: article 86; article 88

Indications pour l'assuré

Pour avoir droit aux prestations familiales françaises au titre des articles 73 ou 74, l'enfant doit passer des examens médicaux postnatals obligatoires; l'un au cours de son neuvième ou dixième mois et l'autre au cours de son vingt-quatrième ou vingt-cinquième mois. Le non-respect de cette obligation et de ces délais entraîne la perte d'une partie des droits. Pour avoir droit à l'allocation parentale conformément à la législation slovaque, l'enfant doit être officiellement inscrit comme patient auprès d'un médecin et il doit passer régulièrement des examens médicaux préventifs et recevoir les vaccins prévus au titre du régime de vaccination obligatoire.

A. Demande d'attestation

1.	☐ Travailleur salarié ☐ Travailleur non salarié		
1.1.	Nom (^{1 bis})		
1.2.	Prénoms	Noms antérieurs (^{1 bis})	Lieu de naissance (^{1 ter})
1.3.	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	Numéro d'assurance ou d'identification (^{1 quater})		
1.4.	Adresse (²)		

2.	Enfant qui fait l'objet de l'attestation			
2.1.	Nom (^{1 bis})			
2.2.	Prénoms			
2.3.	Lieu de naissance (^{1 ter})	Date de naissance	Sexe	Numéro d'assurance ou d'identification (^{1 quater})
2.4.	Adresse (²)			

3.	Institution compétente pour l'octroi des prestations familiales			
3.1.	Dénomination			
3.2.	Adresse (²)			
3.3.	Numéro de référence du dossier			
3.4.	Cachet	3.5.	Date	
		3.6.	Signature	

B. Attestation

À remplir par le médecin traitant de l'enfant ou par le médecin choisi par la personne en assurant la garde.

4.

4.1. L'enfant désigné au cadre 2 a subi le

4.2. ☐ un examen médical au cours de son 9^e ou 10^e mois

4.3. ☐ un examen médical au cours de son 24^e ou 25^e mois

5.

5.1. Nom et prénom du médecin

5.2. Adresse (²)

.....

5.3. Date

.....

5.4. Signature

.....

INSTRUCTIONS

Le présent formulaire doit être rempli en caractères d'imprimeries, en utilisant uniquement les lignes pointillées

NOTES

(¹) Sigle du pays à la législation duquel le travailleur est soumis: FR = France, SK = Slovaquie.

(^{1 bis}) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms à la naissance.
Pour les ressortissants portugais, indiquer tous les noms (prénoms, nom, nom de jeune fille) dans l'ordre de l'état civil tels qu'ils apparaissent sur la carte d'identité ou le passeport.

(^{1 ter}) Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.

(^{1 quater}) Si le formulaire est destiné à une institution tchèque, indiquer le numéro de naissance; à une institution chypriote, le numéro d'identification national pour les ressortissants chypriotes et le numéro du certificat d'enregistrement d'étranger (ARC) pour les ressortissants non chypriotes; à une institution danoise, le numéro CPR; à une institution finlandaise, le numéro du registre de la population; à une institution suédoise, le numéro personnel (personnummer); à une institution islandaise, le numéro d'identification personnel (kennitala); à une institution lettone le numéro d'identité; à une institution du Liechtenstein, le numéro d'assuré AHV; à une institution lituanienne, le numéro d'identification personnel; à une institution hongroise, le numéro TAJ (identification d'assurance sociale); à une institution maltaise, le numéro de carte d'identité pour les ressortissants maltais et le numéro de la sécurité sociale maltaise pour les ressortissants non maltais; à une institution norvégienne, le numéro d'identification personnel (fødselsnummer); à une institution belge, le numéro d'identification de sécurité sociale (NISS); à une institution allemande du régime général des pensions, le numéro d'assuré (VSNR); à une institution espagnole, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (D.N.I.), ou la N.I.E. pour les ressortissants étrangers, même si la carte est périmée; à une institution polonaise, les numéros PESEL et NIP; à une institution portugaise, indiquer aussi le numéro d'affilié au régime général des pensions, si l'intéressé a été affilié au régime de sécurité sociale des fonctionnaires au Portugal; à une institution slovaque, le numéro de naissance; à une institution slovène, le numéro d'identification personnel (EMŠO); à une institution suisse, le numéro d'assuré AVS/ AI (AHV/IV).

(²) Rue, numéro, code postal, localité, pays.



**CERTIFICAT MÉDICAL EN VUE DE L'ATTRIBUTION D'UNE ALLOCATION FAMILIALE SPÉCIALE OU D'ALLOCATIONS
FAMILIALES MAJORÉES POUR ENFANTS HANDICAPÉS**

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 73; article 74
Règlement (CEE) n° 574/72: article 86; article 88

A. Demande de certificat

À remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales.

1.	☐ Travailleur salarié ☐ Travailleur non salarié		
1.1.	Nom ^(1 bis)		
1.2.	Prénoms	Noms antérieurs ^(1 bis)	Lieu de naissance ^(1 ter)
1.3.	Date de naissance	Sexe	Nationalité
			Numéro d'assurance ou d'identification ^(1 quater)
1.4.	Adresse ⁽²⁾		
			

2.	Enfant qui fait l'objet du certificat médical		
2.1.	Nom ^(1 bis)		
2.2.	Prénoms		
2.3.	Lieu de naissance ^(1 ter)	Date de naissance	Sexe
			Numéro d'assurance ^(1 quater)
2.4.	Adresse ⁽²⁾		
			

3.	Institution compétente pour l'octroi des prestations familiales		
3.1.	Dénomination		
3.2.	Adresse ⁽²⁾		
			
3.3.	Numéro de référence du dossier		
3.4.	Cachet	3.5.	Date
		3.6.	Signature

B. Certificat

À remplir par le médecin désigné par l'institution du lieu de résidence de l'enfant examiné et à adresser à l'institution mentionnée au cadre 3, en y joignant toutes pièces médicales justificatives utiles récentes (photos, radiographies, résultats d'examens médicaux, etc.) ⁽⁴⁾.

4.

4.1. Âge de l'enfant au moment de l'examen ans mois
 Son poids kilogrammes grammes Sa taille centimètres

4.2. Retard psychomoteur
 Retard compte tenu de la normale de l'âge ☐ Oui ☐ Non
 Si oui, préciser

4.3. Autonomie
 L'enfant s'assoit-il? ☐ Oui ☐ Non Marche-t-il? ☐ Oui ☐ Non
 Parle-t-il? ☐ Oui ☐ Non S'habille-t-il seul? ☐ Oui ☐ Non
 Mange-t-il seul? ☐ Oui ☐ Non Écrit-il? ☐ Oui ☐ Non ⁽³⁾
 Est-il incontinent? ☐ Oui ☐ Non ⁽³⁾

4.4. Assistance
 L'état de l'enfant nécessite-t-il l'aide d'une tierce personne? ☐ Oui ☐ Non
 Constante? ☐ Oui ☐ Non Quotidienne mais discontinue? ☐ Oui ☐ Non
 Ou d'autres mesures (préciser)

4.5. Nature du handicap principal
 Le handicap de l'enfant est-il
 sensoriel visuel
 auditif
 moteur
 mental niveau mental
 comportement
 autre

4.6. Origine du handicap ⁽³⁾
 — anomalie congénitale ☐ Oui ☐ Non
 — maladie ☐ Oui ☐ Non
 date d'apparition du handicap
 date du diagnostic mois année
 début du traitement mois année
 — accident ☐ Oui ☐ Non
 date de l'accident

4.7. Handicaps associés
 Lesquels?
 Autres déficiences

4.8. Autres observations
 Handicaps dans la famille
 Examens complémentaires déjà effectués
 (Copies de résultats à joindre éventuellement)

4.9. Traitements, y compris rééducation et réadaptation. Quels sont les traitements en cours?

.....
 Depuis quelle date?

Quels sont les traitements conseillés?

— chirurgie

— hospitalisations (au cours des trois dernières années)

— traitement à domicile (médicaments, etc.) Depuis/...../.....

..... Depuis/...../.....

..... Depuis/...../.....

— rééducation Début Fréquence Où?

logopédie

physiothérapie

ergothérapie

(psycho)thérapie

première aide à domicile

4.10. Mesures d'éducation et d'orientation

Quelles mesures sont en cours?

.....
 Depuis quelle date?

Quelles sont les mesures conseillées?

4.11. Perspectives d'évolution

Préciser lesquelles

.....

4.12. Code CIM (Classification internationale des maladies de l'OMS)

4.13. Début de la maladie

4.14. Date du prochain contrôle

5.

5.1. Nom et prénom du médecin

5.2. Adresse (²)

.....

5.3. Date

.....

5.4. Signature

.....

INSTRUCTIONS

Le présent formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de quatre pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile. Il est rempli dans la langue du médecin qui établit le certificat.

NOTES

- (¹) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; EL = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (^{1 bis}) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms à la naissance.
Pour les ressortissants portugais, indiquer tous les noms (prénoms, nom, nom de jeune fille) dans l'ordre de l'état civil tels qu'ils apparaissent sur la carte d'identité ou le passeport.
- (^{1 ter}) Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.
- (^{1 quater}) Si le formulaire est destiné à une institution tchèque, indiquer le numéro de naissance; à une institution chypriote, le numéro d'identification national pour les ressortissants chypriotes et le numéro du certificat d'enregistrement d'étranger (ARC) pour les ressortissants non chypriotes; à une institution danoise, le numéro CPR; à une institution finlandaise, le numéro du registre de la population; à une institution suédoise, le numéro personnel (personnummer); à une institution islandaise, le numéro d'identification personnel (kennitala); à une institution lettone le numéro d'identité; à une institution du Liechtenstein, le numéro d'assuré AHV; à une institution lituanienne, le numéro d'identification personnel; à une institution hongroise, le numéro TAJ (identification d'assurance sociale); à une institution maltaise, le numéro de carte d'identité pour les ressortissants maltais et le numéro de la sécurité sociale maltaise pour les ressortissants non maltais; à une institution norvégienne, le numéro d'identification personnel (fødselsnummer); à une institution belge, le numéro d'identification de sécurité sociale (NISS); à une institution allemande du régime général des pensions, le numéro d'assuré (VSNR); à une institution espagnole, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (D.N.I.), ou la N.I.E. pour les ressortissants étrangers, même si la carte est périmée; à une institution polonaise, les numéros PESEL et NIP; à une institution portugaise, indiquer aussi le numéro d'affilié au régime général des pensions, si l'intéressé a été affilié au régime de sécurité sociale des fonctionnaires au Portugal; à une institution slovaque, le numéro de naissance; à une institution slovène, le numéro d'identification personnel (EMŠO); à une institution suisse, le numéro d'assuré AVS/AI (AHV/IV). À défaut, indiquer «néant».
- (²) Rue, numéro, code postal, localité, pays.
- (³) À remplir uniquement si l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales est une institution belge ou slovaque.
- (⁴) En Slovénie, ce volet est rempli par une commission médicale désignée par le ministère du travail, de la famille et des affaires sociales.

**DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DROIT À PRESTATIONS FAMILIALES DANS L'ÉTAT DE RÉSIDENCE
DES MEMBRES DE LA FAMILLE**

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 76
Règlement (CEE) n° 574/72: article 10

A. Demande d'attestation

L'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales dans l'État membre où le travailleur exerce son activité salariée ou non salariée, qui souhaite savoir si un droit à prestations familiales existe dans l'État membre de résidence des membres de la famille, remplit la présente partie A en deux exemplaires et envoie ceux-ci à l'institution du lieu de résidence des membres de la famille.

1.	☐ Travailleur salarié ☐ Travailleur non salarié					
1.1. Nom ^(1 bis)						
1.2. Prénoms Noms antérieurs ^(1 bis) Lieu de naissance ⁽²⁾						
1.3. Date de naissance Sexe Nationalité Numéro d'assurance ou d'identification ⁽³⁾						
1.4. Adresse ⁽⁴⁾						

2.	Conjoint (ancien conjoint) ou autre(s) personne(s) dont il faut vérifier le droit à prestations familiales dans le pays de résidence des membres de la famille					
2.1. Nom ^(1 bis)						
2.2. Prénoms Noms antérieurs ^(1 bis) Date de naissance Numéro d'assurance ou d'identification ⁽³⁾						
2.3. Adresse ⁽⁴⁾						
2.4. Lien de parenté avec les membres de la famille désignés au cadre 3						
2.5. Période pour laquelle le renseignement est demandé						

3.	Membres de la famille ⁽⁶⁾					
	Nom ^(1 bis)	Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté ⁽⁵⁾	Lieu de résidence ⁽⁷⁾	Numéro d'assurance ou d'identification ⁽³⁾
3.1.	.....	.....	.....	.....	.....	.....
						
						
3.2.	.....	.....	.....	.....	.....	.....
						
						
3.3.	.....	.....	.....	.....	.....	.....
						
						

4. Données concernant l'activité professionnelle exercée dans le pays de résidence des membres de la famille

- 4.1. Employeur
- 4.2. Adresse ⁽⁴⁾
.....
- 4.3. Activité non salariée
- 4.4. Situation assimilée à une activité professionnelle au sens de la décision n° 119 ⁽¹⁵⁾
.....

5. Institution compétente

- 5.1. Dénomination
- 5.2. Adresse ⁽⁴⁾
.....
- 5.3. Numéro de référence du dossier ⁽⁸⁾
- 5.4. Cachet
- 5.5. Date
.....
- 5.6. Signature
.....

B. Attestation

À remplir par l'institution compétente du lieu de résidence des membres de la famille ou par l'employeur de la personne mentionnée au cadre 2 ⁽⁹⁾.

6. Attestation de l'institution compétente pour les prestations familiales du lieu de résidence des membres de la famille ou de l'employeur

- 6.1. La personne mentionnée au cadre 2, durant la période du au
☐ a exercé une activité professionnelle (ou s'est trouvée dans une situation assimilée au sens de la décision n° 119) ⁽¹⁵⁾
du au
☐ n'a pas exercé d'activité professionnelle (ou ne s'est pas trouvée dans une situation assimilée au sens de la décision n° 119) ⁽¹⁵⁾
du au
- 6.2. La personne désignée au cadre 2, pour la période du au
☐ a droit aux prestations familiales pour les membres de la famille
☐ montant global des prestations familiales
☐ n'a pas droit aux prestations familiales parce que
☐ n'a pas formulé de demande ⁽¹⁰⁾
- 6.3. Revenus des personnes mentionnées aux cadres 2 et 3 ^(4 bis)
.....

7. Détail des prestations familiales visées au cadre 6 par membre de la famille ⁽¹¹⁾

	Nom	Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté	Lieu de résidence
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Renseignements complémentaires par membre de la famille

	Membre de la famille	Type de prestation ⁽¹⁴⁾	Montant ⁽¹²⁾	Périodicité (hebdomadaire ou mensuelle)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

8. Employeur de la personne mentionnée au cadre 2 ⁽⁹⁾

8.1.	Nom de l'employeur (raison sociale, s'il s'agit d'une société)		
8.2.	Adresse ⁽⁴⁾		
8.3.	Cachet		
		8.4. Date	.....
		8.5. Signature	.....

9. Institution du lieu de résidence des membres de la famille ⁽¹³⁾

9.1.	Dénomination		
9.2.	Adresse ⁽⁴⁾		
9.3.	Numéro de référence du dossier		
9.4.	Cachet		
		9.5. Date	.....
		9.6. Signature	.....

INSTRUCTIONS

Le présent formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de cinq pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

NOTES

- (¹) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; EL = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (^{1 bis}) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms à la naissance. Pour les ressortissants portugais, indiquer tous les noms (prénoms, nom, nom de jeune fille) dans l'ordre de l'état civil tels qu'ils apparaissent sur la carte d'identité ou le passeport.
- (²) Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.
- (³) Si le formulaire est destiné à une institution tchèque, indiquer le numéro de naissance; à une institution chypriote, le numéro d'identification national pour les ressortissants chypriotes et le numéro du certificat d'enregistrement d'étranger (ARC) pour les ressortissants non chypriotes; à une institution danoise, le numéro CPR; à une institution finlandaise, le numéro du registre de la population; à une institution suédoise, le numéro personnel (personnummer); à une institution islandaise, le numéro d'identification personnel (kennitala); à une institution lettone le numéro d'identité; à une institution du Liechtenstein, le numéro d'assuré AHV; à une institution lituanienne, le numéro d'identification personnel; à une institution hongroise, le numéro TAJ (identification d'assurance sociale); à une institution maltaise, le numéro de carte d'identité pour les ressortissants maltais et le numéro de la sécurité sociale maltaise pour les ressortissants non maltais; à une institution norvégienne, le numéro d'identification personnel (fødselsnummer); à une institution belge, le numéro d'identification de sécurité sociale (NISS); à une institution allemande du régime général des pensions, le numéro d'assuré (VSNR); à une institution espagnole, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (D.N.I.), ou la N.I.E. pour les ressortissants étrangers, même si la carte est périmée; à une institution polonaise, les numéros PESEL et NIP; à une institution portugaise, indiquer aussi le numéro d'affilié au régime général des pensions, si l'intéressé a été affilié au régime de sécurité sociale des fonctionnaires au Portugal; à une institution slovaque, le numéro de naissance; à une institution slovène, le numéro d'identification personnel (EMŠO) et le numéro d'identification fiscale; à une institution suisse, le numéro d'assuré AVS/AI (AHV/IV).
- (⁴) Rue, numéro, code postal, localité, pays. Si le formulaire est destiné à une institution hongroise, indiquer aussi la dernière adresse en Hongrie.
- (^{4 bis}) Pour les besoins des institutions tchèques, fournir la documentation relative aux revenus perçus par les personnes mentionnées aux cadres 2 et 3. Si les prestations sont demandées jusqu'au 30 septembre de l'année en cours, cette documentation doit couvrir l'année civile antérieure à l'année précédente; si les prestations sont demandées à partir du 1^{er} octobre de l'année en cours, cette documentation doit couvrir l'année civile précédente. Préciser tous les types de revenus selon leur source (emploi salarié, activité non salariée, loyers, bourses, pensions alimentaires, etc.), y compris les prestations (prestations de chômage, pensions, prestations de maladie, prestations familiales, etc.).
- (⁵) Préciser le lien de parenté entre chaque membre de la famille et le travailleur au moyen des symboles suivants:
 A = enfant légitime. En Espagne et en Pologne, enfant né du mariage (matrimonial) et enfant né hors mariage (non matrimonial).
 B = enfant légitimé.
 C = enfant adoptif.
 D = enfant naturel (quand la déclaration est remplie au nom d'un travailleur masculin, les enfants naturels ne doivent être mentionnés que si la paternité ou l'obligation alimentaire du travailleur a été reconnue officiellement).
 E = enfant d'un conjoint faisant partie du ménage du travailleur.
 F = petits-enfants, frères et sœurs que l'intéressé a accueillis dans son ménage. Également les neveux et nièces jusqu'au troisième degré, si l'institution compétente est une institution grecque. Si l'institution compétente est une institution polonaise, seuls les petits-enfants et les frères et sœurs dont le tuteur légal est une personne habilitée ou son conjoint.
 G = autres enfants faisant partie du ménage en permanence sur le même pied que les enfants du travailleur (enfants recueillis). Si l'institution compétente est une institution polonaise, seuls les autres enfants dont le tuteur légal est une personne habilitée ou son conjoint.
 H = pour les besoins des institutions tchèques, décrire les autres formes de garde (garde accordée à la suite d'une décision de justice à des personnes autres que les parents, le tuteur, le curateur, etc.). Les autres liens de parenté (par exemple grand-père) doivent être mentionnés en toutes lettres. Conformément à la législation tchèque, les enfants légitimés et adoptifs (B et C) jouissent d'un statut identique.
- (⁶) Pour les besoins des institutions norvégiennes, indiquer uniquement les enfants âgés de moins de 16 ans. Pour les besoins des institutions lettones, indiquer uniquement les enfants âgés de moins de 15 ans et, s'ils fréquentent des établissements d'enseignement général ou professionnel et ne perçoivent pas de bourse d'études, et s'ils ne sont pas mariés, les enfants âgés de moins de 20 ans.
- (⁷) Si le membre de la famille n'a pas la même adresse que celle indiquée au point 2.3, indiquer cette autre adresse dans le cadre ci-après. Pour les besoins des institutions lettones et norvégiennes, indiquer si l'enfant réside dans un orphelinat, une école spéciale ou un autre établissement de ce type.

Nom et prénoms

.....

.....

Adresse (⁴)

.....

.....

- (⁸) Pour les besoins de l'institution émettrice.
- (⁹) L'attestation est à remplir par l'employeur uniquement lorsque c'est celui-ci qui doit verser les prestations familiales du pays de résidence.
- (¹⁰) Dans ce cas, l'institution du lieu de résidence indique le montant des prestations familiales qui seraient octroyées si une demande avait été introduite. Lorsqu'elle ne dispose pas de renseignements suffisants pour cela, ladite institution se borne à mentionner, au cadre 7, le barème prévu par sa législation pour chaque membre de la famille.
- (¹¹) Pour les prestations familiales norvégiennes, indiquer uniquement le montant total.
- (¹²) Le cas échéant, indiquer le barème visé à la note 10 de bas de page.
- (¹³) À remplir par l'institution du lieu de résidence des membres de la famille ou, à défaut, par l'organisme de liaison.
- (¹⁴) Pour les besoins des institutions tchèques et slovaques, indiquer le type de prestation familiale.
- (¹⁵) JO C 295 du 2.11.1983, p. 3.
-