



Formulaire concernant les enfants

Date :

Réf. :

Le présent formulaire d'engagement sert à recueillir des renseignements sur votre enfant ayant atteint l'âge de 18 ans

(A remplir en bleu foncé ou en noir)

Nom et prénoms :

Adresse :

Numéro de téléphone : **e-mail :**

Nom du conjoint décédé :

Nom et prénoms de l'enfant entre 18 et 25 ans pour qui l'attribution ou le maintien de l'augmentation de la pension de survie est demandé :

....., né(e) le : / /

QUESTIONS

REPONSES

Cochez la case correspondante

Sous quelle catégorie votre enfant peut-il être rangé.

Mon enfant :

- suit l'enseignement
- prépare un mémoire à la fin de ses études supérieures
- travaille sous contrat d'apprentissage
- effectue un stage en vue d'une nomination à une fonction
- s'occupe exclusivement de tâches ménagères
- est au moins atteint à 66 % d'une incapacité de travail ou est entièrement inapte à exercer une quelconque activité professionnelle en raison de son état physique ou mental
- est employé dans un atelier protégé ou est censé l'être (moins-valide)
- est inscrit comme demandeur d'emploi
- travaille déjà
- est marié
- bénéficie d'une allocation sociale

QUESTIONS

REPONSES

Pour les questions OUI - NON, entourez la réponse exacte (en cas d'erreur, biffez les deux possibilités et écrivez la réponse correcte dans l'espace qui les précède)

Bénéficiez-vous actuellement d'allocations familiales/d'allocations d'orphelin pour cet enfant ?

Si vous avez répondu **OUI** :

Par quel organisme le paiement des allocations familiales est-il effectué ?

Quel est le numéro d'identification ou de paiement ?

Si vous avez répondu **NON** :

Avez-vous introduit une demande en vue de l'obtention d'allocations familiales ?

Si vous avez répondu **OUI**, où avez-vous introduit cette demande ?

Vous êtes-vous **remarié(e)** après la date de prise d'effet de votre pension de survie ?

Si vous avez répondu **OUI**, quand ?

Quel est le nom de votre conjoint ?

Quelle est la profession de votre conjoint ?

OUI - NON

Nom :

Adresse :

.....

OUI - NON

Nom :

Adresse :

OUI - NON

Date : / /

Nom :

Profession :

Je déclare sur l'honneur que la présente déclaration, comportant 2 pages, est sincère.

Si j'ai fait remplir ce formulaire par une tierce personne, je fais précéder ma signature de la mention "**Lu et approuvé**".

Fait à, le

signature

Veuillez renvoyer ce formulaire au

00288 01.20 03/03

Service fédéral des Pensions (SFP) – Pensions de fonctionnaires
Contact Center - Tour du Midi - Esplanade de l'Europe 1 - 1060 Bruxelles

numéro spécial pensions : 1765 (gratuit)

tél de l'étranger : +32 78 15 17 65

www.sfpd.fgov.be – cc.fr@sfpd.fgov.be