

Régime des allocations familiales cantonales

Incapacité de travail en cas de maladie ou d'accident

Loi fédérale du 24 mars 2006 sur les allocations familiales (art. 13)

Ordonnance fédérale du 31.10.2007 sur les allocations familiales (art.10)

I) Indications personnelles

Nom/Prénom: _____ No d'assuré: _____
Rue/No.: _____ Date de naiss.: _____
NPA/Lieu: _____ No de tél.: _____

Adresse de versement des allocations

Versement sur CCP: _____
Titulaire du compte: _____
Nom de la banque, Lieu: _____
Titulaire du compte: _____
IBAN: _____

Date: _____ Signature: _____

II) Attestation de l'employeur

Nom, prénom ou raison sociale du dernier employeur: _____

Adresse exacte: _____

Période d'occupation du salarié: du _____ au _____

L'entreprise a versé les allocations familiales au salarié jusqu'au: _____

Observations: _____

Date: _____ Timbre et signature: _____

III) Attestation médicale

Nom, prénom et adresse du médecin traitant: _____

Début de l'incapacité de travail: le _____

Période d'incapacité de travail:

Mois*	Nombre de jours*	Degré
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

*Prière d'attester les jours d'incapacité de travail séparément pour chaque mois.

L'incapacité de travail est-elle due à

un accident?

une maladie

Date: _____ Timbre et signature: _____

Instructions

1. L'attestation doit être remplie lisiblement, soit écrite en caractère d'imprimerie.
2. Le point I de la formule est remplie par le requérant. Le point II est rempli par le dernier employeur.
L'attestation médicale (point III) est délivrée par le médecin traitant.