

Service de l'aide médicale et des prestations sociales
Direction provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale (DPASS)
 17 rue Georges Clémenceau
 BP U2, 98852 Nouméa cedex
 Tél. 20 52 52 – Fax 20 47 79
 sam@province-sud.nc

DEMANDE D'AIDE MÉDICALE
RÉSERVÉE AUX ENFANTS ADMIS À L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date de dépôt |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| N° aide médicale _____
 Agent traitant _____

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) (à préciser)

- Famille d'accueil _____
 Foyer _____
 Autre _____

Certifie sur l'honneur que le ou les enfants indiqué(s) ci-dessous réside(nt) à l'adresse suivante :

Depuis le |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| jusqu'au |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Contact téléphonique _____

Médecin traitant des enfants _____

Nom et prénoms des enfants à charge	Date de naissance	Scolarisé		Date d'admission à l'ASE
		Oui	Non	

Observations _____

Nom, prénom et adresse de la tierce personne donnant une couverture sociale (ou allocations familiales) aux enfants à charge _____

CAFAT N° _____ Mutuelle _____ N° _____
 Autres _____

JOINDRE LES DOCUMENTS SUIVANTS

- Un extrait de naissance de moins de 3 mois (**Document obligatoire**)
 Une copie de la dernière quittance d'électricité
 Une copie de la décision d'admission à l'Aide Sociale à l'Enfance (**Document obligatoire**)

J'atteste de l'exactitude des informations fournies
 Fait à _____, le |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Signature