



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			
	<input type="checkbox"/> Travailleur salarié	<input type="checkbox"/> Titulaire de pension (régime salariés)		
	<input type="checkbox"/> Travailleur non salarié	<input type="checkbox"/> Titulaire de pension (régime non salariés)		
	<input type="checkbox"/> Personne qui les réclame à un autre titre	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Apprenti	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> jours par semaine <input type="checkbox"/> heures par semaine et se prolongera jusqu'au
4.3.	L'apprenti <input type="checkbox"/> reçoit <input type="checkbox"/> une allocation d'apprentissage ou un salaire <input type="checkbox"/> net ⁽⁶⁾ <input type="checkbox"/> brut <input type="checkbox"/> hebdomadaire <input type="checkbox"/> mensuel s'élevant à..... <input type="checkbox"/> d'autres prestations, à savoir ⁽⁷⁾ : <input type="checkbox"/> logement <input type="checkbox"/> pension complète <input type="checkbox"/> pension partielle <input type="checkbox"/> pourboires <input type="checkbox"/> repas par jour <input type="checkbox"/> autre ⁽⁸⁾ de au s'élevant à
	<input type="checkbox"/> ne reçoit pas <input type="checkbox"/> d'allocation d'apprentissage ou de salaire <input type="checkbox"/> 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