



## ATTESTATION D'EXISTENCE

N° de dossier : P  
M

Je soussigné(e) Madame  Monsieur

NOM DE FAMILLE (nom de naissance) : .....

NOM D'USAGE (facultatif et s'il y a lieu): .....

PRENOMS: .....

Né(e) le 

--	--	--

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....@ .....

Certifie que l'enfant .....

Est toujours invalide (*joindre une photocopie de la carte d'invalidité en cours de validité*) et est toujours vivant.

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.**

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la Sécurité Sociale

Etablie le : ..... A : .....

Signature du ou de la pensionné(e) :

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de déclarations inexactes ou incomplètes (Art. L.114-13 du code de la sécurité sociale, arts.313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses