

**Pour vous aider**

**Service des pensions et des risques professionnels**  
BP 60000 - 17016 La Rochelle Cedex 1  
Tél. : 05 46 50 23 37 ou depuis l'étranger : (33) (0) 5 46 50 23 37  
drh-md-sr-rh-sprp-info-conseils.correspondant.fct@intradef.gouv.fr

**DEMANDE DE MAJORATION POUR ENFANT  
adopté ou recueilli, ou atteint d'un handicap**

Ne concerne que les titulaires d'une pension d'invalidité au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

***Vous souhaitez formuler une demande de majoration pour enfant.***

**Votre ou l'un de vos enfants est-il adopté ou recueilli ?**

OUI

NON

Si OUI, vous pouvez remplir la présente demande.

**SI NON, votre ou l'un de vos enfants est-il handicapé ?**

OUI

NON

Si OUI, vous pouvez remplir la présente demande.

Si NON, veuillez ne pas remplir cette demande et vous adresser directement au **Centre de gestion des retraites**, qui assure le paiement de votre pension d'invalidité (code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre).

Si vous le connaissez, veuillez préciser votre numéro de dossier attribué par le service des pensions et des risques professionnels :

Cadre 1 ►	Votre identité
Nom d'usage :	Prénom :
Nom de naissance :	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	Pays :
Nationalité :	
Situation de famille :	
<input type="checkbox"/> Célibataire ou concubinage <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)	
Adresse	
Tél domicile :	Portable :
E-mail :	
Pour les personnes de nationalité française : n° de sécurité sociale :	

Cadre 2 ►		Identité de votre ou vos enfants			
Nom et prénoms des enfants	Filiation <sup>(1)</sup>	Date de naissance	Enfant handicapé <sup>(2)</sup>	Prise en charge de l'enfant	
				Date de début	Date de fin

(1) précisez adopté ou recueilli. Si enfant handicapé, précisez légitime, naturel reconnu, adopté ou recueilli  
(2) précisez OUI ou NON

Cadre 3 ►	A ne remplir que dans le cas d'un enfant atteint d'un handicap
Les coordonnées du médecin de mon ou mes enfants sont : Docteur : Adresse : Téléphone : Si vous êtes âgé de 20 ans ou plus, veuillez compléter le formulaire « Déclaration de ressources et d'activité salariée ».	

Cadre 4 ►	Information
Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l'article L.151-5 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre : « Les renseignements médicaux ou pièces médicales dont la production est indispensable pour l'examen des droits définis au présent livre sont communiqués sur leur demande aux services administratifs chargés de l'instruction des demandes de pension, de la liquidation et de la concession des pensions, dans des conditions de confidentialité et de respect du secret médical définies par décret en Conseil d'Etat. Les pensionnés et demandeurs de pension ont droit à obtenir communication des documents médicaux mentionnés au premier alinéa ainsi que des documents les concernant établis dans le cadre de l'examen de leurs droits à pension. »	

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service des pensions et des risques professionnels du ministère des armées. Ce fichier permet le traitement des demandes de pensions d'invalidité formulées en application du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Les réponses apportées aux questions figurant dans ce formulaire revêtent un caractère obligatoire pour un traitement facilité de votre demande.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le service des pensions et des risques professionnels BP 60000 17016 La Rochelle CEDEX 1.

Date	signature
(n'oubliez pas de signer) Dans le cas d'une mise sous tutelle ou curatelle, signature du représentant	

Cadre réservé à l'organisme recevant la présente demande :
Nom de l'organisme et cachet :
Date de réception :

Pièces nécessaires			
		Demande de majoration pour enfant ou pour enfant handicapé avant 18 ans	Demande de majoration pour enfant handicapé à compter de 18 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Pour les enfants de nationalité française</b></li> <li>▪ <b>Pour les enfants de nationalité étrangère : tous les documents doivent être traduits en langue française</b></li> </ul>			
<b>Etat civil</b>	Copie du livret de famille (français) ou document similaire pour les étrangers	X	X
	Extrait de l'acte de naissance de l'enfant	X	X
	Si enfant adopté ou recueilli : copie du jugement	X	X
	Si enfant protégé : copie du jugement de tutelle ou curatelle et le certificat de non-recours	X	X
	Si enfant handicapé : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ copie de la carte d'invalidité de l'enfant avec période de validité en cours ou définitive,</li> <li>▪ copie des bulletins de salaire de l'enfant (année en cours + année n-1), le cas échéant.</li> </ul>		X
<b>Pièces médicales</b>	Si enfant handicapé : certificat d'un médecin précisant son handicap et la date d'apparition		X

X Document à joindre à la présente demande