

Demande de validation de périodes de salariat au titre de l'assurance vieillesse

(Articles L.351-14, L.742-1, L.742-2, L.742-4 et 5, R.381-110 et R.742-36 du code de la sécurité sociale, loi n° 64-1330 du 26.12.1964, loi n° 85-1274 du 4.12.1985 modifiée)

cerfa

Imprimé
provisoire

Important : merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.

1- Vous-même

☐ Madame ☐ Monsieur

Votre nom de famille (de naissance) :

Votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) :

Si vous portez un autre nom, indiquez-le :

Vos prénoms (soulignez votre prénom courant) :

Votre date de naissance : Votre nationalité :

Commune de naissance : Département : Pays :
(indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Téléphone : ou :
(pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité)

Votre adresse :

Code postal : Commune : Pays :

Votre adresse mail :

Votre n° de sécurité sociale :

2- Votre situation de famille

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ En concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve)
Depuis le Depuis le

3- Votre conjoint(e) décédé(e)

À ne compléter que si vous faites votre demande au titre de l'activité de votre conjoint(e) décédé(e).

Son nom de famille : Son nom d'épouse :
(de naissance) (facultatif et s'il y a lieu)

Ses prénoms (soulignez le prénom courant) :

Sa date de naissance : Sa date de décès : Sa nationalité :

Commune de naissance : Département : Pays :
(indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Son n° de sécurité sociale :

4- Vos enfants et ceux que vous avez élevés

Si la demande est faite au titre de l'activité de votre conjoint(e), les renseignements demandés concernent ses enfants.
Mentionnez tous les enfants : les vôtres, ceux de votre conjoint, les enfants recueillis, adoptés y compris les enfants mort-nés ou décédés.

Nom de naissance*	Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Date de décès le cas échéant	Période durant laquelle vous avez élevé cet enfant	
					Date de naissance ou Date d'adoption ou Date de prise en charge	Date de fin de prise en charge ou au plus tard Date du 16 ^e anniversaire
.....	du	au
.....	du	au
.....	du	au
.....	du	au

* Si vous manquez de place, complétez cette liste sur une feuille blanche que vous joindrez à cette demande.

5- Vous avez ou vous avez eu à votre charge un ou plusieurs enfants atteints d'une incapacité d'au moins 80 % - Si la demande est faite au titre de l'activité de votre conjoint(e), les renseignements demandés concernent les enfants handicapés qui étaient à sa charge.

Ces enfants donnent ou donnaient droit à l'une des allocations suivantes : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et son complément, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et la prestation de compensation du handicap, l'allocation d'éducation spéciale et son complément, l'allocation spéciale aux mineurs grands infirmes, l'allocation d'éducation spécialisée des mineurs infirmes, l'allocation des mineurs handicapés ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez l'allocation dont il s'agit :

Partie réservée à votre caisse de retraite

1^{re} intervention le demande délivrée le réception le

Réf. S 5124b - 01/2014