

CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE

AGENCE REGIONALE DE COTONOU

01BP374- 21-31-23-24 - COTONOU

DEMANDE D'ATTESTATION DE NON PAIEMENT

1- RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE DEMANDEUR

Nom et prénoms :

Date de naissance :

Profession :

Service :

Numéro d'immatriculation :

2- RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE CONJOINT ET LES ENFANTS

Nom et prénoms de ou des conjoint(e)s	Profession	Service	Prénoms des enfants

3- MOTIF DE LA DEMANDE

.....
.....
.....

Je certifie que les renseignements portés sur la présente demande sont exacts

Fait à Cotonou le

Signature