

cerfa

N° 14445*02

DEMANDE DE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS
A L'UN OU AUX DEUX PARENTS ASSURES

ASSURANCES MALADIE ET MATERNITE

(Articles L. 160-2, L. 161-15-3 et R. 161-8 du Code de la sécurité sociale, arrêté du 4 mai 2007 relatif au rattachement des enfants à leurs parents - J.O. du 19 mai 2007)

VOLET 1

UNIVERSITÉ PARIS SCIENCES & LETTRES

Welcome Desk

Explanation by the PSL Welcome Desk.
To contact the CPAM in English :
09 74 75 36 46

Si vous relevez du régime de sécurité sociale d'un autre pays, par exemple en tant que travailleur d'un pays de l'UE/EEE ou de la Suisse, ou retraité, vous ne devez pas remplir ce formulaire. Pour exercer vos droits et ceux des membres de votre famille, vous devez fournir à la caisse d'assurance maladie de votre lieu de résidence en France un justificatif à demander à votre organisme d'affiliation :

- soit le formulaire S1 "Inscription dans l'Etat de résidence", pour chacun des membres de la famille si vous êtes ressortissant d'un pays de l'UE/EEE ou de la Suisse,
- soit le certificat d'assujettissement, où chacun doit figurer, si vous êtes ressortissant d'un pays lié à la France par un accord de sécurité sociale le prévoyant.

LISEZ ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT DE COMPLETER LE FORMULAIRE

LE(S) PARENT(S) DEMANDANT LE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS

NOM : LAST NAME(s)

PRENOM(S) : FIRST NAME(s)

Numéro de sécurité sociale

SOCIAL SECURITY NUMBER

Adresse : ADDRESS IN FRANCE

PARENT 1

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

NOM : LAST NAME(s)

PRENOM(S) : FIRST NAME(s)

Numéro de sécurité sociale

SOCIAL SECURITY NUMBER

Adresse : ADDRESS IN FRANCE

PARENT 2

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Lien de parenté : FAMILY RELATIONSHIP

Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie qui règle vos prestations :
NAME AND LOCATION OF YOUR CPAM
(e.g. : Assurance Maladie de Paris, 75 948 PARIS CEDEX 19)

Lien de parenté : FAMILY RELATIONSHIP

Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie qui règle vos prestations :
NAME AND LOCATION OF YOUR CPAM
(e.g. : Assurance Maladie de Paris, 75 948 PARIS CEDEX 19)

CHILD/ CHILDREN TO LINK

ONE LINE PER CHILD

IDENTIFICATION DES ENFANTS MINEURS A RATTACHER

(Pour les enfants déjà rattachés, vous n'avez pas à compléter de nouveau ce formulaire)

NOM DE FAMILLE	PRENOM(S)	DATE DE NAISSANCE	DATE OF BIRTH
LAST NAME(s)	FIRST NAME(s)	D D M M Y Y Y Y	

Je demande/nous demandons que l'enfant (ou les enfants) désigné(s) ci-dessus soi(en)t rattaché(s) :
(cochez la case correspondant à votre choix)

- au parent désigné ci-dessus

THE CHILD/CHILDREN WILL BE LINKED TO 1 PARENT

- aux deux parents désignés ci-dessus

THE CHILD/CHILDREN WILL BE LINKED TO BOTH PARENTS

Choix du parent qui sera désigné pour recevoir l'assurance maladie concernant l'enfant (ou les enfants) :
(courriers autres que les décomptes seront adressés à l'assuré(e) concerné(e))

NOM : LAST NAME(s)

PRENOM(S) : FIRST NAME(s)

PARENT DESIGNATED TO RECEIVE HEALTH INSURANCE INFORMATION BY MAIL

Fait à : CITY OF SIGNATURE

Le : D D M M Y Y Y Y

DATE OF SIGNATURE

Signature du ou des parents demandant le rattachement

PARENT SIGNATURES

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter de faire obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

S3705a

cerfa N° 14445*02	DEMANDE DE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS A L'UN OU AUX DEUX PARENTS ASSURES ASSURANCES MALADIE ET MATERNITE (Articles L. 160-2, L. 161-15-3 et R. 161-8 du Code de la sécurité sociale, arrêté du 4 mai 2007 relatif au rattachement des enfants à leurs parents - J.O. du 19 mai 2007)	VOLET 2 à conserver par les parents
---	--	---

Si vous relevez du régime de sécurité sociale d'un autre pays, par exemple en tant que travailleur détaché depuis l'étranger ou retraité, vous ne devez pas remplir ce formulaire. Pour exercer vos droits et ceux des membres de votre famille, vous devez fournir à la caisse d'assurance maladie de votre lieu de résidence en France un justificatif à demander à votre organisme d'affiliation :

- soit le formulaire S1 "Inscription dans l'Etat de résidence", pour chacun des membres de la famille si vous êtes ressortissant d'un pays de l'UE/EEE ou de la Suisse,
- soit le certificat d'assujettissement, où chacun doit figurer, si vous êtes ressortissant d'un pays lié à la France par un accord de sécurité sociale le prévoyant.

LISEZ ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT DE COMPLETER LE FORMULAIRE

LE(S) PARENT(S) DEMANDANT LE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS	
PARENT 1 NOM : LAST NAME(s) (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) PRENOM(S) : FIRST NAME(s) Numéro de sécurité sociale SOCIAL SECURITY NUMBER Adresse : ADDRESS IN FRANCE Lien de parenté : FAMILY RELATIONSHIP Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie qui règle vos prestations : NAME AND LOCATION OF YOUR CPAM (e.g. : Assurance Maladie de Paris, 75 948 PARIS CEDEX 19)	PARENT 2 NOM : LAST NAME(s) (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) PRENOM(S) : FIRST NAME(s) Numéro de sécurité sociale SOCIAL SECURITY NUMBER Adresse : ADDRESS IN FRANCE Lien de parenté : FAMILY RELATIONSHIP Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie qui règle vos prestations : NAME AND LOCATION OF YOUR CPAM (e.g. : Assurance Maladie de Paris, 75 948 PARIS CEDEX 19)

CHILD/ CHILDREN TO LINK	IDENTIFICATION DES ENFANTS MINEURS A RATTACHER		
ONE LINE PER CHILD	NOM DE FAMILLE	PRENOM(S)	DATE DE NAISSANCE
	LAST NAME(s)	FIRST NAME(s)	D D M M Y Y Y Y

- Je demande/nous demandons que l'enfant (ou les enfants) désigné(s) ci-dessus soi(en)t rattaché(s) : (cochez la case correspondant à votre choix)
- au parent désigné ci-dessus ☐ THE CHILD/CHILDREN WILL BE LINKED TO 1 PARENT
 - aux deux parents désignés ci-dessus ☐ THE CHILD/CHILDREN WILL BE LINKED TO BOTH PARENTS

Choix du parent qui sera destinataire des courriers autres que les décomptes	PARENT DESIGNATED TO RECEIVE HEALTH INSURANCE INFORMATION BY MAIL	maladie concernant l'enfant (ou les enfants) : seront adressés à l'assuré(e) concerné(e)
NOM : LAST NAME(s)	PRENOM(S) : FIRST NAME(s)	
Fait à CITY OF SIGNATURE	Le D D M M Y Y Y Y	DATE OF SIGNATURE

Signature du ou des parents demandant le rattachement	PARENT SIGNATURES
---	-------------------

 N° 51537#02	DEMANDE DE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS A L'UN OU AUX DEUX PARENTS ASSURES ASSURANCES MALADIE ET MATERNITE <i>(Articles L. 160-2, L. 161-15-3 et R. 161-8 du Code de la sécurité sociale, arrêté du 4 mai 2007 relatif au rattachement des enfants à leurs parents - J.O. du 19 mai 2007)</i>	NOTICE
---	---	--------

Pour pouvoir bénéficier de la prise en charge des frais de santé d'un enfant, l'assuré social qui en assume la charge doit demander le rattachement de cet enfant en tant qu'ayant droit.

Ce formulaire permet de rattacher l'enfant lors de son arrivée au foyer, à sa naissance ou à tout autre moment, **à l'un des parents ou aux deux parents assurés**, y compris dans les situations de séparation ou de divorce.

Pour cela, les parents assurés complètent, datent et signent le formulaire, puis adressent le volet 1 à leur organisme d'assurance maladie et conservent le volet 2.

La demande de rattachement peut également être formulée par chacun des parents sur des formulaires distincts.

Ce formulaire permet également de modifier le choix de rattachement ; toutefois, sauf en cas de changement de situation, ce choix ne peut être modifié qu'à l'issue d'un délai d'un an.

Conditions de rattachement des enfants mineurs à charge :

Vous pouvez ainsi rattacher :

- vos enfants mineurs légitimes, naturels ou adoptifs,
- les enfants mineurs que vous avez recueillis (par exemple : petit-fils,...) ou les enfants pupilles de la Nation dont vous êtes tuteur.

Le rattachement de votre enfant cesse lorsque l'une des conditions suivantes est satisfaite :

- il exerce une activité professionnelle, y compris en tant qu'apprenti,
- il atteint l'âge de 18 ans et devient assuré à titre personnel le 1er septembre de l'année de sa majorité,
- il est âgé d'au moins 16 ans et poursuit des études dans un établissement d'enseignement supérieur, une école technique supérieure, une grande école ou une classe du second degré préparatoire à l'une de ces écoles.

Dans tous ces cas, l'enfant qui devient assuré social bénéficie automatiquement de la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel.

IMPORTANT : par ailleurs, à l'âge de 16 ans, quelle que soit sa situation, votre enfant peut demander à devenir assuré social. Dans ce cas, il cesse d'être rattaché en tant qu'ayant droit et bénéficie, à titre personnel, de la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie ou de maternité.

Pièces justificatives à fournir :

SUPPORTING DOCUMENTS

Pour les enfants nés en France, vous devez fournir l'une des pièces suivantes : **à joindre à votre demande**

- une copie du document attestant que l'enfant est à charge de l'assuré social **ou** une copie du document attestant que l'enfant est à charge de l'assuré social

- BIRTH CERTIFICATE or FAMILY REGISTER AND CERTIFIED TRANSLATION*
- IDENTITY CARD OR PASSEPORT

*List of certified translators :

<https://www.cours-appel.justice.fr/sites/default/files/2026-05/ANNUPARIS%20MAJ%2029%20mai%2026.pdf>

Pour les enfants nés à l'étranger, vous devez fournir l'une des pièces suivantes : **si l'enfant n'a pas son numéro de sécurité sociale, deux pièces sont nécessaires en vue de leur immatriculation :**

- un document d'état civil : copie intégrale de leur acte de naissance ou un extrait d'acte de naissance avec filiation ou une pièce équivalente établie par un consulat, authentifiée par un cachet lisible

et

- une pièce d'identité de l'enfant (carte d'identité ou passeport) ou le certificat de contrôle médical de l'enfant délivré par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) dans le cadre du regroupement familial.

(Pour les pièces établies en langues étrangères, rapprochez-vous des services de votre organisme d'assurance maladie.)

ATTENTION

Avant d'effectuer la demande de rattachement, renseignez-vous auprès de vos organismes complémentaires pour vérifier comment votre enfant sera pris en charge.

Pour plus de renseignements, contactez votre organisme d'assurance maladie ou appelez le 3646 (0,06 euro/min + prix d'appel)