

Section 1 – Renseignements sur l'identité

Nom de famille de l'adulte 1	Prénom de l'adulte 1	Numéro de dossier (CP-12)
Nom de famille de l'adulte 2 (s'il y a lieu)	Prénom de l'adulte 2 (s'il y a lieu)	Numéro de dossier (CP-12)

Si vous avez plus de trois enfants, utilisez un autre formulaire *Annexe – Enfants à charge*.

Section 2 – Enfants à charge

1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant
CP-12	CP-12	CP-12
Nom de famille	Nom de famille	Nom de famille
Prénom	Prénom	Prénom
Date de naissance Année Mois Jour	Date de naissance Année Mois Jour	Date de naissance Année Mois Jour
Numéro d'assurance maladie Un demandeur d'asile n'a pas à fournir ce numéro.	Numéro d'assurance maladie Un demandeur d'asile n'a pas à fournir ce numéro.	Numéro d'assurance maladie Un demandeur d'asile n'a pas à fournir ce numéro.
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
L'enfant est-il aux études? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , cochez l'ordre d'enseignement. <input type="checkbox"/> Prématernelle <input type="checkbox"/> Secondaire professionnel <input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> Secondaire général <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	L'enfant est-il aux études? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , cochez l'ordre d'enseignement. <input type="checkbox"/> Prématernelle <input type="checkbox"/> Secondaire professionnel <input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> Secondaire général <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	L'enfant est-il aux études? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , cochez l'ordre d'enseignement. <input type="checkbox"/> Prématernelle <input type="checkbox"/> Secondaire professionnel <input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> Secondaire général <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
L'enfant est-il considéré comme une personne handicapée par Retraite Québec? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	L'enfant est-il considéré comme une personne handicapée par Retraite Québec? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	L'enfant est-il considéré comme une personne handicapée par Retraite Québec? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Identité des parents selon le certificat de naissance Nom de famille du parent	Identité des parents selon le certificat de naissance Nom de famille du parent	Identité des parents selon le certificat de naissance Nom de famille du parent
Prénom du parent	Prénom du parent	Prénom du parent
Qualité du parent <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère Pays de résidence (si ce n'est pas le Canada)	Qualité du parent <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère Pays de résidence (si ce n'est pas le Canada)	Qualité du parent <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère Pays de résidence (si ce n'est pas le Canada)
Nom de famille de l'autre parent	Nom de famille de l'autre parent	Nom de famille de l'autre parent
Prénom de l'autre parent	Prénom de l'autre parent	Prénom de l'autre parent
Qualité de l'autre parent <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère Pays de résidence (si ce n'est pas le Canada)	Qualité de l'autre parent <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère Pays de résidence (si ce n'est pas le Canada)	Qualité de l'autre parent <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère Pays de résidence (si ce n'est pas le Canada)

Garde partagée : L'enfant dont la garde est partagée en vertu d'un jugement ou d'une entente est considéré comme étant à la charge d'une personne lorsqu'elle en a la garde au moins 40% du temps.

Partagez-vous la garde de l'enfant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , indiquez le nombre de jours où vous avez la garde. _____ jours par <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> année	Partagez-vous la garde de l'enfant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , indiquez le nombre de jours où vous avez la garde. _____ jours par <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> année	Partagez-vous la garde de l'enfant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , indiquez le nombre de jours où vous avez la garde. _____ jours par <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> année
Si oui , par quel document la garde vous est-elle confiée? <input type="checkbox"/> Jugement <input type="checkbox"/> Document d'entente, conclue à l'amiable <input type="checkbox"/> Document d'entente, conclue lors de la médiation <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Si oui , par quel document la garde vous est-elle confiée? <input type="checkbox"/> Jugement <input type="checkbox"/> Document d'entente, conclue à l'amiable <input type="checkbox"/> Document d'entente, conclue lors de la médiation <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Si oui , par quel document la garde vous est-elle confiée? <input type="checkbox"/> Jugement <input type="checkbox"/> Document d'entente, conclue à l'amiable <input type="checkbox"/> Document d'entente, conclue lors de la médiation <input type="checkbox"/> Autre, précisez :

Est-ce que tous les enfants qui sont à votre charge habitent à la même adresse que vous? Oui Non
Si **non**, inscrivez la raison de cette situation et les prénoms des enfants qui habitent ailleurs.

Section 3 – Revenus et biens des enfants à charge

Les enfants ont-ils des revenus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prénom de l'enfant	Source du revenu	Montant net	Par semaine	Toutes les deux semaines	Par mois
			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les enfants ont-ils des comptes dans des établissements financiers ou des biens, comme des véhicules? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prénom de l'enfant	Numéro de compte ou description du bien		Montant ou valeur		
						\$
						\$
						\$

Section 4 – Affirmation solennelle

J'affirme solennellement que les renseignements qui figurent dans ce formulaire sont exacts et complets.
Je m'engage à informer sans délai le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale de toute modification à ces renseignements.

Date	Signature de l'adulte 1	Date	Signature de l'adulte 2, s'il y a lieu
------	-------------------------	------	--

