



Caisse de Prestations  
Sociales  
des îles Wallis et  
Futuna

## ENGAGEMENT DE REMBOURSEMENT

*Je soussigné (e) :*

*NOM :* ..... *NOM de jeune fille :* .....

*Prénom :* ..... *N° de bénéficiaire :* .....

*Né (e) le :* ...../...../.....

*reconnais devoir à la CPSWF la somme de :*

..... francs CFP,  
(..... f cfp),

*correspondant aux allocations familiales du /de ..... que  
j'ai reçues alors que je n'y avais pas droit.*

*Je m'engage à verser :*

- chaque mois*
- à chaque versement de l'aide sociale*
- lors du remboursement de mes cotisations salariales*
  
- un montant de : ..... francs cfp (..... f cfp)  
jusqu'au remboursement complet de ma dette.*
  
- La totalité de mon indu*

*Fait le : .....*

*Signature de l'assuré.*