

## Fiche Administrative Adhérent

 Code : PR2FR05  
 Version : 01  
 Date : 24/06/2023
**ADHERENT**Nom : ..... EL HACHIMI ..... Prénom : ..... Hakima .....Adresse : ..... Cité esnada c.m. 83 ERAC Bouazza ..... N° CIN : ..... B.111.565 .....  
ACADINSexe :  M  FSituation de Famille : ..... Divorcé .....Fonction actuelle : ..... Retraité .....Date de Naissance : ..... 27.10.1959 .....Date d'entrée en fonction : ..... Matricule : ..... 4.194 .....N° GSM: ..... 0661.3360.13 .....Tél FIXE: ..... — .....Email: ..... h..elhachimi.4194@gmail.com .....**BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE**

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom		Sexe	Date de Naissance	Profession	
	CC 1			M	F		
	CC2			M	F		
	CC3			M	F		
	CC4			M	F		
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe		Date de Naissance	Scolarisé (e)	Célibataire
	E 01		M	F		OUI	NON
	E 02		M	F		OUI	NON
	E 03		M	F		OUI	NON
	E 04		M	F		OUI	NON
	E 05		M	F		OUI	NON
	E 06		M	F		OUI	NON
	E 07		M	F		OUI	NON
	E 08		M	F		OUI	NON
	E 09		M	F		OUI	NON
	E 10		M	F		OUI	NON

## DECLARATION DE L'ADHERENT

Prière de répondre explicitement à toutes les questions

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

Profession : .....

Bénéfice-t-il d'une Couverture Médicale ou d'assistance ?  Oui  Non

Auprès de quelle Compagnie ou Organisme ? .....

Bénéfice-t-il d'une Couverture Complémentaire  Oui  Non

Est-il affilié à la CNSS (si oui mentionner le N°) :  Oui  Non - Numéro : .....

Est-il affilié à la CMR (si oui mentionner le N°) :  Oui  Non - Numéro : .....

Je déclare sur l'honneur exactes et sincères les réponses ci-dessus.

Je reconnais que toute réticence, omission ou fausse déclaration entraînerait la nullité de mon adhésion conformément aux dispositions en vigueur.

Fait à... Agadir...Le... 24/12/2023

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

