

## Fiche Administrative Adhérent

 Code : PR2FR05  
 Version : 01  
 Date : 24/09/2023
**ADHERENT**

Nom : EL HACHIMI Prénom : Hakima  
 Adresse : Cité ennada c.n° 23 EPAC Bouargane N° CIN : B.244.565  
 Sexe : ☐ M ☒ F Situation de Famille : Diversée  
 Fonction actuelle : Retraite Date de Naissance : 27/04/1959  
 Date d'entrée en fonction : ..... Matricule : 4194  
 N° GSM : 0661 336013 Tél FIXE : .....  
 Email : h.elhachimi4194@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	OUI	NON
	E 02		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 03		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 04		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 05		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 06		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 07		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 08		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 09		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 10		M	F		OUI	NON	OUI	NON

**DECLARATION DE L'ADHERENT**

Prière de répondre explicitement à toutes les questions

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT**

Profession : .....

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

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

Bénéficie-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 »)

