

Fiche Administrative Adhérent

Code : PR2FR05
Version : 01
Date : 24/06/2022

Changent
ADRESSE MAIL

ADHERENT

Nom : ROCHDI Prénom : M'hamed
 Adresse : Résidence Walilat, 100 derme N° CIN : B210873
 Sexe : M F Situation de Famille : Marie
 Fonction actuelle : Retraité Date de Naissance : 14-6-1955
 Date d'entrée en fonction : 14-6-1977 Matricule : 2479,
 N° GSM: 0621999896 Tél FIXE: _____
 Email: mhrochdi1955@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)
	E 01	WIAM	F	28-4-2001	OUI
	E 02		M F		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 : *Détruite du M.E.N (cnops)*

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

Auprès de quelle Compagnie ou Organisme ? *CNOPS*

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 *CASA* Le *5/10/23*

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)