

## Fiche Administrative Adhérent

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

### ADHERENT

*Changement de Nom*

Nom : RAM RAM Prénom : OHAFI  
Adresse : Sidi MAAROUFESSADAT N° CIN :  
N° 225 casa  
Sexe : ☒ M ☐ F Situation de Famille : MARIÉ  
Fonction actuelle : Retraité Date de Naissance : 02/03/1950  
Date d'entrée en fonction : 05/07/71 Matricule : 1196  
N° GSM : chafairam1@gmail.com Tél FIXE : 0522 976484  
Email :

### BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe		Date de Naissance	Profession			
	CC 1	MARTAH SMIA	M	F	1956	sans			
	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 : ..... *Retraité* .....

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 : *DP49503*

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 *15/01/2024*

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »

*Lu et approuvé* 