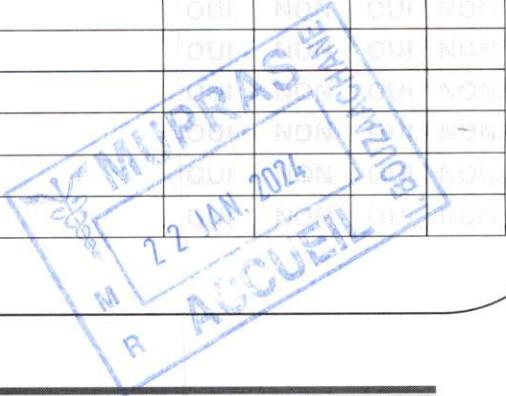


**ADHERENT**

Nom : GRIRANE Prénom : REDDAD  
 Adresse : 105 - Rue Akhbar Al Khawane - S. Abnouui N° CIN : B. 008629  
 Sexe :  M  F Situation de Famille : M.  
 Fonction actuelle : Retraité Date de Naissance : 01.01.1949  
 Date d'entrée en fonction : 1969 Matricule : Y 15  
 N° GSM: 06 73 54 42 18 Tél FIXE: 05 22 22 46 99  
 Email:

**BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE**

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom		Sexe	Date de Naissance	Profession
	CC 1			M		
	CC2			M		
	CC3			M		
	CC4			M		
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Scolarisé (e)	Célibataire
	E 01	<u>OMAR</u>	M	<u>24-07-2007</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>NON</u>
	E 02		M		<u>NON</u>	<u>NON</u>
	E 03		M		<u>NON</u>	<u>NON</u>
	E 04		M		<u>NON</u>	<u>NON</u>
	E 05		M		<u>NON</u>	<u>NON</u>
	E 06		M		<u>NON</u>	<u>NON</u>
	E 07		M		<u>NON</u>	<u>NON</u>
	E 08		M		<u>NON</u>	<u>NON</u>
	E 09		M		<u>NON</u>	<u>NON</u>
	E 10		M		<u>NON</u>	<u>NON</u>



## DECLARATION DE L'ADHERENT

Prière de répondre explicitement à toutes les questions

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

Profession : *Retraité*

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

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

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

Est-il affilié à la CNSS (si oui mentionner le N°) :  Oui  Non - Numéro : *13517951*

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 *CASABLANCA* Le *26-12-2023*

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

  
*lu et approuvé*