

Fiche Administrative Adhérent

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

ADHERENT

Nom : GHALEM Prénom : Neftala
 Adresse : Residence ENNAJD IM 8 N° CIN : 32 E 19782
Bd ANOUL casa.
 Sexe : M F Situation de Famille :
 Fonction actuelle : Réactée Date de Naissance : 27/04/53
 Date d'entrée en fonction : 28/04/53 Matricule : 2820
 N° GSM: 0661 311433 Tél FIXE:
 Email: neftala.ghalem.819@gmail.com

BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom		Sexe	Date de Naissance	Profession
	CC 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	CC2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	CC3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	CC4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Scolarisé (e)	Célibataire
	E 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		oui	non
	E 02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		oui	non
	E 03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		oui	non
	E 04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		oui	non
	E 05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		oui	non
	E 06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		oui	non
	E 07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		oui	non
	E 08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		oui	non
	E 09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		oui	non
	E 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		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..... Casablanca..... le 3 septembre 2023

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

