

## Fiche Administrative Adhérent

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

### ADHERENT

Nom : EL HLOU Prénom : AISSA  
 Adresse : CASABLANCA N° CIN : PA 31929  
 Sexe :  M  F Situation de Famille : Marié  
 Fonction actuelle : Chef d'escadre Date de Naissance : 03.04.1976  
 Date d'entrée en fonction : Août 2002 Matricule : 11443  
 N° GSM: 0666 06 08 78 Tél FIXE: \_\_\_\_\_  
 Email: AELHLOU @ ROYAL AIR MAROC. COM

### BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe	Date de Naissance	Profession
	CC 1	<u>AISSA KOU</u>	<input checked="" type="radio"/> F	<u>13.08.1996</u>	<u>SANS</u>
	CC2	<u>FATIMA</u>	<input type="radio"/> F		
	CC3		<input type="radio"/> F		
	CC4		<input type="radio"/> F		
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Scolarisé (e)
	E 01	<u>ANIR</u>	<input checked="" type="radio"/> F	<u>03.03.2020</u>	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	E 02		<input type="radio"/> F		<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON
	E 03		<input type="radio"/> F		<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON
	E 04		<input type="radio"/> F		<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON
	E 05		<input type="radio"/> F		<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON
	E 06		<input type="radio"/> F		<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON
	E 07		<input type="radio"/> F		<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON
	E 08		<input type="radio"/> F		<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON
	E 09		<input type="radio"/> F		<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON
	E 10		<input type="radio"/> F		<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON

**DECLARATION DE L'ADHERENT**

Prière de répondre explicitement à toutes les questions

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT**

Profession : SANS

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 Agadir Le 05/10/2023

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Lu et approuvé

