

## Fiche Administrative Adhérent

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

### ADHERENT



Nom : Barri Hamid Prénom : BARRI

Adresse : HYELMASSIRA EM7 N°8 CASA N° CIN : BK38077

Sexe :  M  F Situation de Famille : MA

Fonction actuelle : ..... Date de Naissance : 5/10/1966

Date d'entrée en fonction : ..... Matricule : 9592

N° GSM: 0664 21 27 62 Tél FIXE: .....

Email: barri.royalairmaroc66@gmail.com

### BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe	Date de Naissance	Profession	
	CC 1	<u>ATTOUIJAR NAIMA</u>		<u>06/10/1981</u>		
	CC2					
	CC3					
	CC4					
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Scolarisé (e)	Célibataire
	E 01	<u>ISMAÏL BARRI</u>	X	<u>10-07-1999</u>	X	NON
	E 02	<u>HIBA BARRI</u>	X	<u>28/03/2004</u>	X	NON
	E 03				OUI	NON
	E 04				OUI	NON
	E 05				OUI	NON
	E 06				OUI	NON
	E 07				OUI	NON
	E 08				OUI	NON
	E 09				OUI	NON
	E 10				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.....Le.....

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

