

Fiche Administrative Adhérent

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

ADHERENT

Nom : **Hamid** Prénom : **BARRI**

Adresse : **HYELMASSIRA EM7 N°8 CSA** 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	ATTOUTAR NAIMA	F	06/01/1981					
	CC2		F						
	CC3		F						
	CC4		F						
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Scolarisé (e)	Célibataire			
	E 01	ISMAÏL BARRI	X	10/07/1999	X	NON	X	NON	
	E 02	HIBA BARRI	X	28/03/2004	X	NON	X	NON	
	E 03					OUI	NON	OUI	NON
	E 04					OUI	NON	OUI	NON
	E 05					OUI	NON	OUI	NON
	E 06					OUI	NON	OUI	NON
	E 07					OUI	NON	OUI	NON
	E 08					OUI	NON	OUI	NON
	E 09					OUI	NON	OUI	NON
	E 10					OUI	NON	OUI	NON

DECLARATION DE L'ADHERENT

Prière de répondre explicitement à toutes les questions

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

Profession :

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 :

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 »)