



## FICHE ADMINISTRATIVE ADHERENT

### ADHERENT

Nom : A BOUFAIDA Prénom : AMINE

Adresse : Casagreen Town n°41 ville verte Boukoura N° CIN : B6803799

Sexe : ☒ M ☐ F Situation de Famille : MARIÉ

Fonction actuelle : PILOTE DE LIGNE Date de Naissance : 14/01/1988

Date d'entrée en fonction : ..... Matricule : 12579

N° GSM : 0661669490 Tél FIXE : 0522231243

Email : amine.abouffaida@gmail.com N° RIB : 013 780 014052010550016548

Bénéficiez-vous d'une couverture médicale ou d'assistance (si oui préciser les organismes):

Premier Organisme : ..... Deuxième Organisme : .....

### BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe		Date de Naissance	Profession			
	CC 1	ECH-CHADI HIBA	M	<input checked="" type="radio"/>	06/05/1992	Detaine			
	CC2		M	<input type="radio"/>					
	CC3		M	<input type="radio"/>					
	CC4		M	<input type="radio"/>					
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe		Date de Naissance	Scolarisé (e)		Célibataire	
	E 01	HAJDELGHALI	M	<input checked="" type="radio"/>	16/04/20	OUI	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	NON
	E 02		M	<input type="radio"/>		OUI	NON	OUI	NON
	E 03		M	<input type="radio"/>		OUI	NON	OUI	NON
	E 04		M	<input type="radio"/>		OUI	NON	OUI	NON
	E 05		M	<input type="radio"/>		OUI	NON	OUI	NON
	E 06		M	<input type="radio"/>		OUI	NON	OUI	NON
	E 07		M	<input type="radio"/>		OUI	NON	OUI	NON
	E 08		M	<input type="radio"/>		OUI	NON	OUI	NON
	E 09		M	<input type="radio"/>		OUI	NON	OUI	NON
	E 10		M	<input type="radio"/>		OUI	NON	OUI	NON



## DECLARATION DE L'ADHERENT

Prière de répondre explicitement à toutes les questions

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

Profession : Dentaire

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.

\* Prière de joindre les photos d'enfants à charges

Fait à CASA Le 31/1/22

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »

*Lu et Approuvé* 

