

## FICHE ADMINISTRATIVE ADHERENT



### ADHERENT



Nom : A BOUFAIDA ..... Prénom : AMINE

Adresse : Casagreen Town n°16, villeverte ..... N° CIN : BC 803 799  
Boulevarde

Sexe :  M  F ..... Situation de Famille : MAISÉ

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

Date d'entrée en fonction : ..... Matricule : 19579

N° GSM: 0661669690 ..... Tél FIXE: 0522231763

Email: amine.aboufaida@gmail.com ..... N° RIB: 013 780 0414052010550016548

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	<u>EDH-CHADI HAFSA</u>	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<u>06/05/1992</u>	<u>Petitaire</u>
	CC2		<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		
	CC3		<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		
	CC4		<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Scolarisé (e)
	E 01	<u>HAJD ELGHALI</u>	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<u>16/04/80</u>	<u>OUI</u> <u>NON</u> <u>OUI</u> <u>NON</u>
	E 02		<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		<u>OUI</u> <u>NON</u> <u>OUI</u> <u>NON</u>
	E 03		<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		<u>OUI</u> <u>NON</u> <u>OUI</u> <u>NON</u>
	E 04		<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		<u>OUI</u> <u>NON</u> <u>OUI</u> <u>NON</u>
	E 05		<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		<u>OUI</u> <u>NON</u> <u>OUI</u> <u>NON</u>
	E 06		<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		<u>OUI</u> <u>NON</u> <u>OUI</u> <u>NON</u>
	E 07		<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		<u>OUI</u> <u>NON</u> <u>OUI</u> <u>NON</u>
	E 08		<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		<u>OUI</u> <u>NON</u> <u>OUI</u> <u>NON</u>
	E 09		<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		<u>OUI</u> <u>NON</u> <u>OUI</u> <u>NON</u>
	E 10		<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		<u>OUI</u> <u>NON</u> <u>OUI</u> <u>NON</u>



## 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...CASABLANCA...Le...31/1/88....

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

*Lu et Approuvé* 

