

FICHE D’AFFILIATION

Rentrée Scolaire 2019/2020

NOM et Prénom :

Date de Naissance :Lieu :

SECURITE SOCIALE

N° de Sécurité Sociale :

☐ Assuré à titre personnel*, en tant que

☐ CIF ☐ PARE (POLE EMPLOI) ☐ PIQ ☐ Salarié

☐ Conseil Régional ☐ Apprenti(e)

☐ autre.....

☐ Ayant droit de conjoint salarié*

RESPONSABILITE CIVILE

Organisme assureur :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date : Signature :

*** prière de joindre photocopie de l'attestation carte vitale à jour**