

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 salariée*

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**