

ETAT CIVIL

M. Mme Melle

NOM -----NOM DE JEUNE FILLE-----

PRENOM -----NATIONALITE -----

DATE ET LIEU DE NAISSANCE -----

DEPARTEMENT DE NAISSANCE ----- PAYS DE NAISSANCE -----

N° DE SECURITE SOCIALE -----

SITUATION FAMILIALE

CELIBATAIRE VEUF(VE) MARIE(E) PACSE(E) DIVORCE(E) UNION LIBRE

NOM et PRENOM du CONJOINT -----

NOM et PRENOM des ENFANTS :-----DATE de NAISSANCE :-----

-----DATE de NAISSANCE :-----

-----DATE de NAISSANCE :-----

Votre conjoint perçoit-il le supplément familial de traitement ? OUI NON

(fournir une attestation de l'employeur)

NOTE : Le supplément familial de traitement ne peut être perçu que par un seul des deux conjoints s'ils sont tous deux agents de l'état ou des collectivités locales.

ADRESSE PERSONNELLE PERMANENTE

N° - RUE -----

VILLE ----- CODE POSTAL -----

TELEPHONE -----

MAIL -----

**ADRESSE PARENTALE
(à préciser en l'absence d'adresse personnelle)**

N° - RUE -----

VILLE ----- CODE POSTAL -----

TELEPHONE -----

HEBERGEMENT (Précisez l'option retenue)

LOGE(E) ET NOURRI(E) NOURRI(E) simplement

Dans l'hypothèse où vous retenez un logement à l'internat du Centre Hospitalier, veuillez préciser si vous conservez votre domicile
OUI NON *

**Si non, vous devez obligatoirement faire votre changement d'affiliation auprès de la CPAM de CHOLET*

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent document et m'engage à prévenir l'administration de tout changement susceptible de modifier ma situation.

Fait à CHOLET, le

SIGNATURE