

ADHERENT

NOM PRENOM

Mr Mme

Date de naissance :/...../.....

Téléphone Fixe : Portable :

Mail :

Adresse.....

.....

.....

Situation Familiale :

Marié(e)/Pacsé(e)/Concubinage Divorcé(e)/Séparé(e) Veuf(ve)

Monoparentale

Profession :

CONJOINT

NOM PRENOM (si différent adhérent)

.....

Mr Mme

Date de naissance :/...../.....

Téléphone Fixe : Portable :

Mail :

Adresse:.....

.....

.....

Situation Familiale :

Marié(e)/Pacsé(e)/Concubinage Divorcé(e)/Séparé(e) Veuf(ve)

Monoparentale

Profession :

REGIME

<input type="checkbox"/> Caisse Allocations Familiales de l'Ain (CAF) N° Allocataire : Nombre d'enfant à charge :.....	<input type="checkbox"/> Sécurité Sociale Agricole (MSA)	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
--	---	---

- Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements
- J'autorise la structure à saisir mes informations personnelles (RGPD)

Date et Signature

