



N° 11771*02

INTERCALAIRE – Suite de l'imprimé

PO CMB
 PO PL
 ACO
 PO Agricole
 Intercalaire N°

RÉSERVÉ AU CFE

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Nom de naissance, prénoms, date de naissance : _____

PROPRIÉTAIRES INDIVIS, PERSONNES AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT

Suite du PO CMB cadre 15

2 **PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT**

PROPRIÉTAIRE INDIVIS

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Domicile _____

Codepostal Commune _____

Pour la personne ayant le pouvoir d'engager : Né(e) le

Dépt. Commune / Pays _____

Nationalité _____

2 BIS **PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT**

PROPRIÉTAIRE INDIVIS

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Domicile _____

Code postal Commune _____

Pour la personne ayant le pouvoir d'engager : Né(e) le

Dépt. Commune / Pays _____

Nationalité _____

AUTRE(S) ÉTABLISSEMENT(S) SITUÉ(S) DANS UN ÉTAT DE L'UNION EUROPÉENNE OU DE L'EEE

Suite PO CMB cadre 7

3

DÉCLARATION SOCIALE

Suite PO CMB – PO PL – ACO – PO agricole

PERSONNES DEMANDANT À BÉNÉFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DÉCLARANT

4	Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale obligatoire (à défaut : date, lieu de naissance et sexe)	Lien de parenté	Enfant scolarisé		Nationalité	Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf ressortissant de l'U.E)		
				oui	non		N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le

SUITE DE L'IMPRIMÉ

5 Vous voulez compléter le cadre N° _____ de l'imprimé _____



N° 11771*02

INTERCALAIRE – Suite de l'imprimé

PO CMB

PO PL

ACO

PO Agricole

Intercalaire N°

RÉSERVÉ AU CFE

Déclaration n°

Reçue le

Transmise le

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Nom de naissance, prénoms, date de naissance :

PROPRIÉTAIRES INDIVIS, PERSONNES AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT

Suite du PO CMB cadre 15

2 **PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT**

PROPRIÉTAIRE INDIVIS

Nom de naissance

Nom d'usage Prénoms

Domicile

Codepostal Commune

Pour la personne ayant le pouvoir d'engager : Né(e) le

Dépt. Commune / Pays

Nationalité

2 BIS **PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT**

PROPRIÉTAIRE INDIVIS

Nom de naissance

Nom d'usage Prénoms

Domicile

Code postal Commune

Pour la personne ayant le pouvoir d'engager : Né(e) le

Dépt. Commune / Pays

Nationalité

AUTRE(S) ÉTABLISSEMENT(S) SITUÉ(S) DANS UN ÉTAT DE L'UNION EUROPÉENNE OU DE L'EEE

Suite PO CMB cadre 7

3

DÉCLARATION SOCIALE

Suite PO CMB – PO PL – ACO – PO agricole

4

SUITE DE L'IMPRIMÉ

5 Vous voulez compléter le cadre N° de l'imprimé