



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(joindre 2 enveloppes timbrées sans adresse et un CERTIFICAT MEDICAL)

date de la demande :

ANNEE	
NOM (lettre majuscule)	
PRENOM	
GENRE	masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/>
DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE	
CODE POSTAL	
VILLE	
TELEPHONE FIXE	
TELEPHONE(S)PORTABLE(S)	
TELEPHONE(S)PORTABLE(S)	
E-MAIL (en lettre d'imprimerie)	
N°CAF (obligatoire)	
N° SECURITE SOCIALE	
PROFESSION DE LA MERE	
EMPLOYEUR	
PROFESSION DU PÈRE	
EMPLOYEUR	
MEDECIN TRAITANT	
ADRESSE	
VILLE / CODE POSTAL	
TELEPHONE	