



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

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 _____

PO'

N° 11771*02

INTERCALAIRE – Suite de l'imprimé**RÉSERVÉ AU CFE** **PO CMB** **PO PL** **ACO** **PO Agricole**Intercalaire N° 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 : Née(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 : Née(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