

# VOLET SOCIAL

RESERVE AU CFE E F U

## PERSONNE PHYSIQUE RELEVANT DU REGIME DES NON SALARIES AGRICOLES

1  MEMBRE D'UNE EXPLOITATION EN COMMUN  AIDE FAMILIAL  ASSOCIE D'EXPLOITATION  
**DEMANDE**  D'AFFILIATION  DE MODIFICATION D'AFFILIATION  
 Informations complémentaires de l'imprimé  P0 agricole  F agricole  M0 agricole  M2 agricole  M3

Déclaration n° \_\_\_\_\_  
 Reçue le \_\_\_\_\_  
 Transmise le \_\_\_\_\_

### RAPPEL D'IDENTIFICATION

2 **Pour les membres d'une exploitation en commun :**  
 Nom de l'exploitation en commun \_\_\_\_\_  
 Si attribué N° unique d'identification \_\_\_\_\_

2B **Pour aide familial, associé d'exploitation :** identité du chef d'exploitation auquel vous êtes rattaché  
 Nom, prénoms \_\_\_\_\_  
 Si attribué Numéro unique d'identification de l'entreprise \_\_\_\_\_

### PERSONNE NON SALARIEE PARTICIPANT AUX TRAVAUX

3 **Votre n° de sécurité sociale** \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

3B **Pour aide familial, associé d'exploitation : Domicile :** rés., bât., n°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Commune / Pays \_\_\_\_\_

Etes-vous déjà connu de la MSA  Oui  Non  
**Votre régime d'assurance maladie actuel :**  Régime général  Agricole  Non salarié non agricole  Autre préciser \_\_\_\_\_  
**Exercice simultané d'une autre activité ?**  oui  non  
**Si oui, serez-vous simultanément :**  Salarié agricole  Salarié du régime général  Non salarié non agricole  
 Retraité  Pensionné d'invalidité  Autre \_\_\_\_\_ Indiquer l'organisme qui sert la pension \_\_\_\_\_

**Votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS** est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie  Oui  Non.  
 Indiquer son n° de sécurité sociale \_\_\_\_\_

### MINEUR(S) DEMANDANT À BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT

Suite sur intercalaire(s) P0'

Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale obligatoire (si pas attribué : date, lieu de naissance et sexe)	Lien de parenté	Enfant scolarisé		Nationalité
			oui	non	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### POUR UN MEMBRE D'EXPLOITATION EN COMMUN

4 Avez-vous la qualité de jeune agriculteur  Oui  Non  Demande de Dotation Jeune Agriculteur (DJA) en cours  
**Votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS** travaille régulièrement sur l'exploitation : **CHOIX D'UN STATUT :**  Collaborateur  Salarié  Co-exploitant  
 Etes-vous ou votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, bénéficiaire d'une prime d'activité ou du RSA  Oui  Non

### RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

5 **OBSERVATIONS :**

La présente demande constitue déclaration aux organismes de sécurité sociale.  
 Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales.

6  LE DECLARANT *Désigné au cadre 3*  
 LE MANDATAIRE  
 nom, prénom / dénomination et adresse \_\_\_\_\_

Certifie l'exactitude des renseignements donnés  
 Fait à \_\_\_\_\_  
 Le \_\_\_\_\_ Nombre d'intercalaire(s) P0' \_\_\_\_

**SIGNATURE**