

Madame  Monsieur

**Votre nom de famille (nom de naissance) :** .....

**Votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) :** .....

**Vos prénoms (soulignez votre prénom courant) :** .....

Votre date de naissance : |\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:| Votre nationalité : .....

Commune de naissance : ..... Département : ..... Pays : .....

(Indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Téléphone : |\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:| Portable : |\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|

Votre adresse : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Pays : .....

Votre adresse mail : .....

Votre n° de sécurité sociale : |\_\_|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:| |\_\_:|

**FORMULAIRE ADHESION**

**Votre situation de famille**

Célibataire  Mariée  Pacsé(e)  En concubinage  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)   
Depuis le |\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:| Depuis le |\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|  
Depuis le |\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:| Depuis le |\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|

**Votre conjoint(e)**

Son nom (de naissance) : ..... Son nom d'épouse : .....

Ses prénoms (soulignez son prénom courant) : .....

Sa date de naissance : |\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:| Sa nationalité : .....

Commune de naissance : ..... Département : ..... Pays : .....

(Indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Date de mariage : |\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:| Sa date de décès ou de disparition : |\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|

Son n° de Sécurité Sociale : |\_\_|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:| |\_\_:|

Votre n° RSI commerçant : |\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:| Votre n° RSI Artisan : |\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|\_\_:|

Sa ou ses caisses de profession libérale : ..... N° (s) : .....

**Vos enfants et ceux que vous avez élevés**

Nom de famille	Prénom	Lien de parente	Date de naissance	Période durant laquelle vous avez élevé cet enfant		
				Date de décès (le cas échéant)	Date de naissance ou Date d'adoption ou date de prise en charge	Date de fin de prise en charge ou au plus tard date du 16e anniversaire
.....	.....	.....	.....	.....	du ..... au .....	
.....	.....	.....	.....	.....	du ..... au .....	
.....	.....	.....	.....	.....	du ..... au .....	
.....	.....	.....	.....	.....	du ..... au .....	
.....	.....	.....	.....	.....	du ..... au .....	
.....	.....	.....	.....	.....	du ..... au .....	

**Date d'effet de la retraite** 0 1 Mois |\_\_:|\_\_:| Année |\_\_:|\_\_:|\_\_:|

A l'âge d'ouverture du droit à retraite avec le nombre de trimestre requis - S. Militaire. :

Inaptitude au travail  Assuré handicapé  Carrières longues  Pénibilité  Amiante  Réduite

**Prélèvement automatique**  Oui  Non

**vos identifiants France CONNECT**  Oui  Non