

NOTICE INDIVIDUELLE DESTINÉE À LA GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIÈRE

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Nom :	Prénom :	Nom de jeune fille :
---	-------------	----------------	----------------------------

Date de naissance :	Lieu de naissance :	Nationalité :	Naturalisé(e) le :
---------------------------	---------------------------	---------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Séparé(e) depuis le	N° Sécurité Sociale :
<input type="checkbox"/> Pacsé(e) depuis le	<input type="checkbox"/> Divorcé(e) depuis le	
<input type="checkbox"/> Marié(e) depuis le	<input type="checkbox"/> Veuf(ve) depuis le	

Inscription MGEN : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> en cours	Mutuelle complémentaire : <input type="checkbox"/> Oui (<i>joindre une attestation de contrat responsable et solidaire</i>) <input type="checkbox"/> Non
---	---

Adresse personnelle :	Tél :
	Mail :

CONJOINT(E)

Nom :	Prénom :	Nom de jeune fille :
		Date de naissance :

<input type="checkbox"/> Non fonctionnaire Profession :	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire Agent de l'Etat Indice Nouveau Majoré :
<input type="checkbox"/> Sans profession	<input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Pensionné(e)

Nom et adresse de l'employeur :

ENFANTS	NOM Prénom	Date de naissance	Lien juridique	Observations
1				
2				
3				
4				
5				

POSITION ACTUELLE

Fonction ou discipline :	Qualité, corps, grade, échelon :
--------------------------------	--

Etablissement d'exercice :

Indice Nouveau Majoré :	Personnel logé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Affiliation à la caisse de retraite complémentaire : <input type="checkbox"/> PREFON <input type="checkbox"/> MRI
-------------------------------	---	--

MODE PAIEMENT (*joindre un Relevé d'Identité Bancaire*)

N° de compte bancaire :	Agence :
-------------------------------	----------------

DIPLÔMES ET TITRES UNIVERSITAIRES		SITUATION MILITAIRE
Date	Titre	Durée totale des services : ans mois jours
		À la date du :

EMPLOIS OCCUPÉS PENDANT LES 3 DERNIÈRES ANNÉES

Année	Fonction	Etablissement ou Employeur
Année		
Année		
Année		

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Signature

À le