

Renseignements concernant les enfants					
Lieu de résidence		Sexe	Date de naissance	Nom	Prénom
Code Postal	Localité				
[][][][]				
[][][][]				
[][][][]				
[][][][]				
[][][][]				
[][][][]				
[][][][]				
[][][][]				
[][][][]				

Renseignements concernant les parents à charge		La mère	Le père		
Identité	Prénom	.....	.....
	Nom de famille	.....	.....
	Date de naissance	.....	.....
	Lieu de naissance	.....	.....
Pièce d'identité	Numéro	.....	.....
	Type	.....	.....
	Délivrée le	.....	.....
	Nationalité	.....	.....
Lieu de résidence	localité	.....	.....
	code postal	[][][][]	[][][][]		

Je soussigné..... ()

déclare sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont sincères et exacts, m'engage à informer la Caisse Nationale de tout changement de ma situation familiale ou professionnelle, **demande mon affiliation** aux régimes de Sécurité Sociale conformément aux dispositions de la loi n°2002-104 du 30 décembre 2002 et ce à la **classe de revenu** (en toutes lettres)

2002 104 2002 30 ()

et opte pour l'affiliation - la non affiliation au régime de (biffer la mention inutile) réparation des préjudices résultant des accidents de travail.

(-)

Fait à.....le.....

Signature du travailleur