



N° 60-3596

SÉCURITÉ SOCIALE

DÉCLARATION EN VUE DE L'IMMATRICULATION

– DES JEUNES GENS ACCOMPLISSANT LE SERVICE NATIONAL

– DES JEUNES GENS LIBÉRÉS DU SERVICE NATIONAL

(Art. L 161.10 et L 161.11 et R 161.3) – (Décret du 17.12.1985).

VOLET



CADRE RÉSERVÉ A LA CPAM

C.P.A.M.

N° DE DOCUMENT

1 0 0

CRAM

RÉGIME

EFFET D'IMMATRICULATION

CPAM AFFILIATION

CPAM PREST.

CENTRE PAIEM^T

DEMANDEUR

(1) Monsieur Madame Mademoiselle

NOM _____
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (Pour les femmes, indiquer sur cette ligne le nom de jeune fille).

PRÉNOMS _____
(DANS L'ORDRE DE L'ÉTAT CIVIL).

ÉPOUSE DE _____
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE).

SEXE (1) Masculin Féminin Nationalité _____

DATE DE
NAISSANCE _____
JOUR MOIS AN

LIEU DE NAISSANCE
(Pour PARIS et LYON : indiquer l'arrondissement).

N° DÉPAR^T

RÉSERVÉ
CPAM
RÉSERVÉ
CPAM
N° COMMUNE

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE

(Joindre la copie ou la photocopie de la pièce d'État Civil sur laquelle vous avez relevé les informations ci-après).

Pays de naissance _____

Province _____

Nom du père _____

Nom de jeune fille de la mère _____

1^{er} prénom du père _____1^{er} prénom de la mère _____

PERSONNE NÉE EN ALGÉRIE OU EN TUNISIE

PERSONNE NÉE AU MAROC

Douar _____

Tribu ou Obila _____

N° acte de naissance _____

Fraction tribu ou Kesma _____

ADRESSE
PRÉCISE

N°

Voie

(NATURE ET NOM DE LA VOIE).

(COMPLÉMENT D'ADRESSE : VILLA, LIEU-DIT, LOTISSEMENT, CITÉ, RÉSIDENCE, BÂTIMENT, ESCALIER, ÉTAGE).

Commune _____

CODE POSTAL

(BUREAU DISTRIBUTEUR).

JE SOUSSIGNÉ, DÉCLARE SUR L'HONNEUR : (1)

- EFFECTUER LE SERVICE NATIONAL FRANÇAIS depuis le _____
 ÊTRE LIBÉRÉ DU SERVICE NATIONAL FRANÇAIS depuis le _____

(Joindre un certificat d'incorporation).

(Joindre une copie du livret militaire ou de la carte du Service National).

A - Situation A LA DATE de votre incorporation :

– APPARTENEZ-VOUS A UN RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ? (1) OUI NON

Si OUI précisez :
 Votre dernière Caisse d'affiliation _____
 Votre numéro d'immatriculation _____

– ÉTIEZ-VOUS AYANT DROIT D'UN ASSURÉ SOCIAL ? (1) OUI NON

Si OUI précisez :
 jusqu'à quelle date _____
 ci-dessous, les renseignements concernant cette personne :

NOM : _____ Prénom : _____
(Pour les femmes, indiquer le nom de jeune fille suivi, s'il y a lieu, de épouse X..., veuve X...).

Caisse d'affiliation : _____ N° d'immatriculation : _____

Régime : _____

B' - Situation DEPUIS votre libération des obligations militaires (éventuellement).

JE DÉCLARE SUR L'HONNEUR : (1)

- N'EXERCER AUCUNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE (salarisée ou non salarée).
 NE PAS ÊTRE AYANT DROIT D'ASSURÉ SOCIAL.
 NE PAS ÊTRE BÉNÉFICIAIRE D'UNE ALLOCATION DE CHÔMAGE⁽²⁾.

Certifié exact : A _____ le _____

Signature : _____

Sont punies d'amende ou d'emprisonnement toutes fraudes ou fausses déclarations.

(Art. L. 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, art. L. 441.1 du Code Pénal).

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de Sécurité Sociale.

(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte.

(2) Pour les bénéficiaires d'une allocation de chômage, non immatriculés à la Sécurité Sociale, utiliser l'imprimé S 1119 a.



| | | | | |
|------------------------------------|-------------|-------------------------|-------|------|
| CADRE RÉSERVÉ A LA CPAM | C.P.A.M. | N° DE DOCUMENT | 1 0 0 | CRAM |
| | RÉGIME | EFFET D'IMMATRICULATION | | |
| CPAM AFFILIATION | CPAM PREST. | CENTRE PAIEM | | |

DEMANDEUR

(1) Monsieur Madame Mademoiselle

NOM _____
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (Pour les femmes, indiquer sur cette ligne le nom de jeune fille).

PRÉNOMS _____
(DANS L'ORDRE DE L'ÉTAT CIVIL).

ÉPOUSE DE _____
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE).

SEXE (1) Masculin Féminin Nationalité _____

DATE DE NAISSANCE _____ LIEU DE NAISSANCE _____
JOUR MOIS AN (Pour PARIS et LYON : indiquer l'arrondissement). N° DÉPAR^t N° COMMUNE

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE
MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE**

(Joindre la copie ou la photocopie de la pièce d'État Civil sur laquelle vous avez relevé les informations ci-après).

Pays de naissance _____ Province _____

Nom du père _____ Nom de jeune fille de la mère _____

1^{er} prénom du père _____ 1^{er} prénom de la mère _____

PERSONNE NÉE EN ALGÉRIE OU EN TUNISIE

PERSONNE NÉE AU MAROC

Douar _____ Tribu ou Obila _____

N° acte de naissance _____ Fraction tribu ou Kesma _____

ADRESSE PRÉCISE {

N° _____ Voie _____
(NATURE ET NOM DE LA VOIE).

_____ (COMPLÉMENT D'ADRESSE : VILLA, LIEU-DIT, LOTISSEMENT, CITÉ, RÉSIDENCE, BÂTIMENT, ESCALIER, ÉTAGE).

Commune _____

_____ (BUREAU DISTRIBUTEUR).

CODE POSTAL _____

RÉPONSE I.N.S.E.E.

Numéro national d'identité + clé de contrôle _____

SN _____

JN _____

1^{ère} immatriculation pour _____

Observations _____