

ENFANT(S) à charge à rattacher

Nom : Date de naissance : | | | | | | | | | | | | | | | |
Prénoms : Lieu de naissance :
Sexe : Masculin Féminin Dépt naissance : | | | | |
Activité : Elève Apprenti(e) Etudiant(e) Salarié(e) Sans emploi Autre :
Situation Sécurité sociale: Ayant droit du père de la mère Assuré(e) social(e) Régime :
Centre de Sécurité sociale :
Prise en charge à 100% pour une affection : Non Oui depuis | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom : Date de naissance : | | | | | | | | | | | | | | | |
Prénoms : Lieu de naissance :
Sexe : Masculin Féminin Dépt naissance : | | | | |
Activité : Elève Apprenti(e) Etudiant(e) Salarié(e) Sans emploi Autre :
Situation Sécurité sociale: Ayant droit du père de la mère Assuré(e) social(e) Régime :
Centre de Sécurité sociale :
Prise en charge à 100% pour une affection : Non Oui depuis | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom : Date de naissance : | | | | | | | | | | | | | | | |
Prénoms : Lieu de naissance :
Sexe : Masculin Féminin Dépt naissance : | | | | |
Activité : Elève Apprenti(e) Etudiant(e) Salarié(e) Sans emploi Autre :
Situation Sécurité sociale: Ayant droit du père de la mère Assuré(e) social(e) Régime :
Centre de Sécurité sociale :
Prise en charge à 100% pour une affection : Non Oui depuis | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom : Date de naissance : | | | | | | | | | | | | | | | |
Prénoms : Lieu de naissance :
Sexe : Masculin Féminin Dépt naissance : | | | | |
Activité : Elève Apprenti(e) Etudiant(e) Salarié(e) Sans emploi Autre :
Situation Sécurité sociale: Ayant droit du père de la mère Assuré(e) social(e) Régime :
Centre de Sécurité sociale :
Prise en charge à 100% pour une affection : Non Oui depuis | | | | | | | | | | | | | | | |

A **Signature de l'assuré(e) :**

le | | | | | | | | | | | | | | | |

LYON
MAGE
43 rue Jaboulay
69349 LYON CEDEX 07
01.43.29.15.75