

## ASSURÉ(E)

### Situation familiale

N° Sécurité sociale :               clé

Nom de naissance : .....

Prénoms : .....

Date de naissance :       Lieu de naissance : ..... Dépt.     de naissance

Sexe :  Masculin  Féminin

Nom usuel : ..... Nationalité : .....

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Concubin(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

### Adresse actuelle précise

N° : ..... Voie : .....

Complément d'adresse : .....

Commune : ..... Code Postal :

Téléphone :

Je souhaite recevoir des informations par sms des partenaires de la MAGE  OUI  NON

E-mail : .....@.....

Je souhaite recevoir des informations par mail des partenaires de la MAGE  OUI  NON

### Situation professionnelle actuelle

Ministère : ..... Date d'embauche :

Nature de l'emploi : .....

Titulaire  Stagiaire  Autre : .....

Nom et adresse de l'établissement d'exercice : .....

.....

### Informations complémentaires

Êtes-vous pris en charge à 100% pour une affection :  Non  Oui depuis

Êtes-vous pris en charge à 100% pour maternité :  Non  Oui depuis

À ..... Signature de l'assuré(e) :

le

## ENFANT(S) à charge à rattacher

Nom : ..... Date de naissance :   
Prénoms : ..... Lieu de naissance : .....  
Sexe :  Masculin  Féminin Dépt naissance :   
Activité :  Élève  Apprenti(e)  Étudiant(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 :  Élève  Apprenti(e)  Étudiant(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 :  Élève  Apprenti(e)  Étudiant(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 :  Élève  Apprenti(e)  Étudiant(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

À ..... Signature de l'assuré(e) :

le

### À envoyer :

Par email : [info@mage.fr](mailto:info@mage.fr)

Par courrier : MAGE 43 rue Jaboulay  
69349 LYON CEDEX 07  
01.43.29.15.75