

1. Type de membre

Membre fondateur Membre ordinaire

Numéro du Mutualiste :

(A Remplir par le SG)

PHOTO

2. Renseignements sur votre identité

Déclarez votre identité puis fournissez *la photocopie d'une pièce d'identité acceptée* ¹.

Sexe Féminin Masculin

Nom(s) & Prénom (s) (tel qu'indiqué sur la pièce d'identité acceptée)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Lieu de naissance

Numéro pièce d'identité

Année fin Etudes à l'IAI (MM/AAAA)

Filière

3. Adresse de correspondance

Déclarez votre adresse postale complète, pour recevoir notre correspondance.

Ville

Province, territoire ou Etat

Boite postale

Email

Numéro de téléphone

Autre numéro de téléphone

4. Personne à contacter

Déclarez l'identité de votre conjoint ou toute autre personne à contacter en cas de problème.

Sexe Féminin Masculin

Nom(s) & Prénom(s) - Relation avec la personne

Numéro de téléphone

Email

5. Déclaration

Je déclare :

- Souhaiter devenir membre de la Mutuelle CCEN ;
- N'avoir fourni que des renseignements et des documents lisibles, exacts et véridiques ;
- Que j'aviserai le Bureau Exécutif de la Mutuelle de tout changement aux réponses indiquées dans ce formulaire.

Je reconnais :

- Avoir reçu un exemplaire des statuts et règlement intérieur de la mutuelle, dont j'ai pu prendre connaissance.

Je m'engage :

- A respecter toutes les obligations des membres de l'association qui figurent dans les statuts et règlement intérieur de la « Mutuelle CCEN ».

J'autorise je n'autorise pas

La publication de ma photo sur les différents supports de l'Association.

- ◆ En foi de quoi, j'ai signé à

Ville

Pays

Date (JJ/MM/AAAA)

- ◆ Signature

Mutualiste

1 : Passeport / Carte de séjour / Carte Nationale d'identité