

A	F
<i>Réservé Centre social</i>	

Association loi 1901 - Tél : 05 61 50 74 97- Fax : 05 61 50 04 77

lefoyer.auvergne@laposte.net

www.centresocialauvergne.fr

NOM MARITAL :		Prénom :	
NOM DE JEUNE FILLE :			
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Né(e) le :		A :	
Nationalité :		Sexe :	
Profession :			
Combien de membres de la famille adhérent au C.S. :		Adultes	Enfants

Tél. :	Mobile :
Adresse email :	

Numéro d'Allocataire CAF :
Quotient Familial CAF :

Régime d'Assurance Maladie			
<input type="checkbox"/>	CPAM Régime Général	<input type="checkbox"/>	Fonctionnaire
<input type="checkbox"/>	MSA	<input type="checkbox"/>	CMU
<input type="checkbox"/>	Autres :		

Statut	
<input type="checkbox"/>	Etudiant
<input type="checkbox"/>	Salarié temps plein
<input type="checkbox"/>	Salarié temps partiel
<input type="checkbox"/>	Demandeur d'emploi
<input type="checkbox"/>	Retraité
<input type="checkbox"/>	Congé Maternité / Parental
<input type="checkbox"/>	Autres :

Type d'allocations perçues	
<input type="checkbox"/>	ASS (Allocation Spécifique de Solidarité)
<input type="checkbox"/>	Minimum Vieillesse
<input type="checkbox"/>	AAH (Allocation Adulte Handicapé)
<input type="checkbox"/>	RSA
<input type="checkbox"/>	Autres :

Fait à

Le

Signature