

**DECLARATION EN VUE DE L'IMMATRICULATION
DES PERSONNES VISEES A L'ART. L412-8 (6^e et 7^e) DU CODE S.S.**

***Avant de compléter cet imprimé
lisez ces quelques renseignements***

IMPORTANT

Cette déclaration à 4 volets doit être :

- établie pour toute personne qui participe BÉNÉVOLEMENT au fonctionnement d'un ORGANISME relevant de l'article L412-8 (6^e et 7^e) du Code de la sécurité sociale
- envoyée à la CAISSE dans la circonscription de laquelle se trouve le SIÈGE SOCIAL de cet organisme dans un délai de HUIT JOURS suivant la DATE D'ENTRÉE EN FONCTION.

ÉTAT-CIVIL

Les informations portées doivent être rigoureusement conformes à une pièce officielle :

- LIVRET DE FAMILLE
- CARTE D'IDENTITÉ
- EXTRAIT D'ACTE DE NAISSANCE

Si l'intéressé est né hors de France :

compléter le cadre intitulé "renseignements complémentaires concernant la personne née hors de France..."
joindre une photocopie lisible d'une pièce d'état-civil indiquant la filiation de l'intéressé.

FONCTIONS DE L'INTÉRESSÉ**Organismes concernés par l'article L 412-8 –6^e :**

Personnes élues ou désignées pour exercer des fonctions bénévoles auprès d'organismes à objet social relevant du décret du 8 avril 1963 modifié, notamment :

- ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE
- SOCIÉTÉS MUTUALISTES
- HÔPITAUX ET HOSPICES PUBLICS
- TRIBUNAUX DE COMMERCE...

Cas particulier des institutions sociales visées au paragraphe 19-2^e et des membres bénévoles visés aux paragraphes 23-4^e et 24-2^e du décret du 8.4.63

Pour les personnes ayant la qualité de MEMBRE ACTIF ou ANIMATEUR RÉGULIER, joindre obligatoirement un EXTRAIT :

- de la délibération du Conseil d'administration
- ou
- de la décision du responsable de l'organisme ayant reçu délégation à cet effet, fixant le CADRE et la DURÉE des activités ou missions.

Organismes concernés par l'article L 412-8 –7^e :

Personnes salariées désignées en application de l'article L992-8 du Code du travail pour siéger dans :

- une COMMISSION
- un CONSEIL
- un COMITÉ ADMINISTRATIF ou PARITAIRE
- un JURY D'EXAMEN



dont la liste
est fixée par
arrêté
du 20 mai 1982

CADRE RÉSERVÉ
A LA C.P.A.M.

C.P.A.M.	N° DE DOCUMENT	C.R.A.M.
_____	1 0 0	_____
RÉGIME	EFFET D'IMMATRICULATION	_____
C.P.A.M. AFFILIATION	C.P.A.M. PREST	CENTRE PAIEMENT
_____	_____	_____

PERSONNE A IMMATRICULER

(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 _____ N° DÉPART. _____ N° COMMUNE _____
(JOUR MOIS AN) (Pour Paris et LYON indiquer l'arrondissement)

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

(Joindre 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 _____

Premier prénom du père _____ Premier prénom de la mère _____

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 : à indiquer s'il est différent de la commune de résidence)

N° ASSURANCES SOCIALES _____ N° AGRICOLE _____

FONCTIONS EXERCÉES

membre bénévole actif ou animateur régulier.

(1) Personnes visées par le décret 79-109 du 30.01.79, art. 2, §19.2, 23.4 et 24.2 (joindre obligatoirement) depuis le _____
une délibération du conseil d'administration) depuis le _____
autre fonction - précisez laquelle : _____

Si la personne est déjà immatriculée à la sécurité sociale, indiquer son n° d'immatriculation _____

ORGANISME OU SONT EXERCÉES LES FONCTIONS

Nature (1) organisme privé
établissement public (si l'Etat ou une collectivité locale assume directement la charge des prestations et indemnités)

Dénomination de l'organisme _____

NE PAS UTILISER
DE CACHET

Adresse de l'organisme _____

_____ (Code postal)

N° d'identification _____

Certifié exact : A _____ le _____ Signature du responsable :

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

PERSONNE A IMMATRICULER

(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 _____ N° DÉPART. _____ N° COMMUNE _____
(Pour Paris et LYON indiquer l'arrondissement)

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

Premier prénom du père _____ Premier prénom de la mère _____

ADRESSE PRÉCISE { N° _____ VOIE _____
(Nature et nom de la voie)

_____ (Complément d'adresse : villa, lieudit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)

COMMUNE _____

_____ (Code postal) _____ (Bureau distributeur : à indiquer s'il est différent de la commune de résidence)

N° ASSURANCES SOCIALES _____ N° AGRICOLE _____

RÉPONSE INSEE

Numéro national d'identité + clé de contrôle _____

SN _____

JN _____

Première immatriculation pour _____

Observations _____

NUMERO D'IDENTIFICATION _____

CADRE RÉSERVÉ A LA C.P.A.M.	C.P.A.M.	NDE DOCUMENT	1,0,0	C.R.A.M.
RÉGIME		EFFET D'IMMATRICULATION		
C.P.A.M. AFFILIATION		C.P.A.M. PREST		CENTRE P AIEMENT

PERSONNE A IMMATRICULER

(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)

RESERVE C.P.A.M. N° DEP ART. 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 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 _____

Premier prénom du père _____ Premier prénom de la mère _____

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 : à indiquer s'il est différent de la commune de résidence)

N° ASSURANCES SOCIALES _____ N° AGRICOLE _____

NOTIFICATION D'IMMATRICULATION

Nous vous informons que la personne désignée ci-dessus, pour laquelle vous avez fait une déclaration d'immatriculation :

(1) a déjà été immatriculée
est immatriculée à compter du _____

** Sous le numéro _____

ORGANISME OU SONT EXERCÉES LES FONCTIONS

Nature (1) organisme privé
établissement public (si l'Etat ou une collectivité locale assume directement la charge des prestations et indemnités)

Dénomination de l'organisme _____

Adresse de l'organisme _____
(Code postal)

N° d'identification _____

**NE PAS UTILISER
DE CACHET**

** Ce numéro est à rappeler dans toute correspondance et doit figurer sur les bordereaux de cotisation
le _____ Signature du responsable :

CADRE RÉSERVÉ A LA C.P.A.M.	C.P.A.M.	N° DE DOCUMENT	1 0 0	C.R.A.M.
RÉGIME		EFFET D'IMMATRICULATION		
C.P.A.M. AFFILIATION		C.P.A.M. PREST		CENTRE PAIEMENT

PERSONNE A IMMATRICULER

(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 _____ N° DÉPART. _____ N° COMMUNE _____
(Pour Paris et LYON indiquer l'arrondissement)

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

Premier prénom du père _____ Premier prénom de la mère _____

ADRESSE PRÉCISE { N° _____ VOIE _____
(Nature et nom de la voie)

_____ (Complément d'adresse : villa, lieudit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)

COMMUNE _____

_____ (Code postal) _____ (Bureau distributeur : à indiquer s'il est différent de la commune de résidence)

N° ASSURANCES SOCIALES _____ N° AGRICOLE _____

FONCTIONS EXERCÉES

membre bénévole actif ou animateur régulier.

(1) Personnes visées par le décret 79-109 du 30.01.79, art. 2, §19.2, 23.4 et 24.2 (joindre obligatoirement une délibération du conseil d'administration) depuis le _____

autre fonction - précisez laquelle : _____ depuis le _____

Si la personne est déjà immatriculée à la sécurité sociale, indiquer son n° d'immatriculation _____

ORGANISME OU SONT EXERCÉES LES FONCTIONS

Nature (1) organisme privé

établissement public (si l'Etat ou une collectivité locale assume directement la charge des prestations et indemnités)

Dénomination de l'organisme _____

Adresse de l'organisme _____

_____ (Code postal)

N° d'identification _____

NE PAS UTILISER
DE CACHET

Certifié exact : A _____ le _____ Signature du responsable :