

DÉCLARATION OBLIGATOIRE D'UN TRAVAILLEUR
OCCUPÉ PAR DEUX OU PLUSIEURS EMPLOYEURS

DÉCLARATION OBLIGATOIRE DU TRAVAILLEUR OCCUPÉ PAR DEUX OU PLUSIEURS EMPLOYEURS OU NE TRAVAILLANT POUR LE COMPTE D'UN MÊME EMPLOYEUR QUE PAR INTERMITTENCE OU OCCASIONNELLEMENT.

- CETTE DÉCLARATION PEUT ÉGALEMENT ÊTRE ÉTABLIE PAR LE TRAVAILLEUR OCCUPÉ PAR UN SEUL EMPLOYEUR, A DÉFAUT DE DÉCLARATION D'EMPLOI ÉMANANT DE CE DERNIER.

LE VOLET 3 DE LA PRÉSENTE DÉCLARATION EST A CONSERVER PAR LE DÉCLARANT

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

(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, lieudit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)

COMMUNE _____

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

N° ASSUR. SOCIALES _____ N° AGRICOLE _____

Le SALARIÉ soussigné déclare travailler régulièrement ou par intermittence pour le compte des employeurs ci-après :

NOM ET ADRESSE	N° EMPLOYEUR	DATE DE DÉBUT DU TRAVAIL

Profession du travailleur _____

Lien de parenté avec l'employeur _____

Pour le travailleur étranger, justification du contrôle sanitaire préalable *(Carte de travail, attestation provisoire)*

Nature du document _____ N° _____

délivré le _____ Date d'entrée en France _____

Certifié exacte à _____

le _____

Signature

"La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale."

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

(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, lieudit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)

COMMUNE _____

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

N° ASSUR. SOCIALES _____ N° AGRICOLE _____

RÉPONSE I.N.S.E.E.

Numéro national d'identité + clé de contrôle _____

SN _____

JN _____

Première immatriculation pour _____

Observations _____

"La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale."

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

(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 _____
JOUR MOIS AN

LIEU DE NAISSANCE _____
(Pour Paris et LYON indiquer l'arrondissement)

N° DÉPART. _____
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, lieudit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)

COMMUNE _____

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

N° ASSUR. SOCIALES _____ N° AGRICOLE _____

Le SALARIÉ soussigné déclare travailler régulièrement ou par intermittence pour le compte des employeurs ci-après :

NOM ET ADRESSE	N° EMPLOYEUR	DATE DE DÉBUT DU TRAVAIL

Profession du travailleur _____

Lien de parenté avec l'employeur _____

Pour le travailleur étranger, justification du contrôle sanitaire préalable *(Carte de travail, attestation provisoire)*

Nature du document _____ N° _____

délivré le _____ Date d'entrée en France _____

Certifié exacte à _____

le _____

Signature

"La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale."