

N° agent: .....

## IDENTITE

NOM (*suivi du nom de jeune fille s'il y a lieu*): .....

Prénom: .....

Adresse: .....

.....

.....

Téléphone domicile ou portable (un minimum OBLIGATOIRE): .....

Téléphone bureau (pas de numéro abrégé): .....

SITE:       AUBIGNY                       FLANDIN                       EXTERIEUR

ABSENCE:    INVALIDITE/MALADIE       MATERNITE/PARENTAL       AUTRE (précisez)

Pour les absences, merci d'indiquer le terme: .....

## SITUATION ACTUELLE

### Composition de la famille:

#### Conjoint(e):

NOM: .....Prénom: ..... Né(e) le: .....

Précisez le n° agent de votre conjoint(e) s'il travaille à la CARSAT-RA:

#### Enfants:

NOM: .....Prénom: ..... Né(e) le: .....

NOM: .....Prénom: ..... Né(e) le: .....

NOM: .....Prénom: ..... Né(e) le: .....

NOM: .....Prénom: ..... Né(e) le: .....