



DECLARATION DE LA LISTE DU PERSONNEL

(A retourner à l'Institution avec les deux exemplaires du bulletin d'adhésion)

Organisme Employeur :

CETTE LISTE DOIT COMPRENDRE TOUT LE PERSONNEL CONCERNE, FIGURANT A L'EFFECTIF (Y COMPRIS LE PERSONNEL EN ARRET DE TRAVAIL COUVERT DES LA DATE DE PRISE D'EFFET DU CONTRAT). EN CAS D'INSUFFISANCE DU TABLEAU CI-DESSOUS, VEUILLEZ LE PROLONGER SUR UNE FEUILLE DE PAPIER LIBRE REVETUE DU CACHET DE L'ORGANISME EMPLOYEUR.

	NOM et PRENOM	N° Sécurité Sociale	Statut NC / C (*)	Situation de Famille (**)	Nombre d'enfant(s) à charge	Salaire annuel brut	Salariés en arrêt de travail
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

(*) NC : non cadre – C : cadre

(**) C: célibataire – M: marié – D: divorcé – V: veuf

FAIT A : _____ LE : |___/___/_____|

POUR L' ORGANISME EMPLOYEUR :
(cachet et signature)