



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 ET/OU EFFECTUANT MOINS DE 200 HEURES PAR TRIMESTRE 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							<input type="checkbox"/>
2							<input type="checkbox"/>
3							<input type="checkbox"/>
4							<input type="checkbox"/>
5							<input type="checkbox"/>
6							<input type="checkbox"/>
7							<input type="checkbox"/>
8							<input type="checkbox"/>
9							<input type="checkbox"/>
10							<input type="checkbox"/>
11							<input type="checkbox"/>
12							<input type="checkbox"/>
13							<input type="checkbox"/>
14							<input type="checkbox"/>
15							<input type="checkbox"/>
16							<input type="checkbox"/>
17							<input type="checkbox"/>
18							<input type="checkbox"/>
19							<input type="checkbox"/>
20							<input type="checkbox"/>

(*) NC : non cadre – C : cadre

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

Fait à : _____ Le : |___/___/_____|

POUR L' ORGANISME EMPLOYEUR :