



DÉCLARATION DE LA LISTE DU PERSONNEL

A retourner à l'Institution avec l'exemplaire de la demande d'adhésion

L' Entreprise :

CETTE LISTE DOIT COMPRENDRE TOUT LE PERSONNEL CONCERNÉ, FIGURANT À L'EFFECTIF (Y COMPRIS LE PERSONNEL EN ARRÊT DE TRAVAIL, ÉTANT PRÉCISÉ QUE L'ADMISSION AU TITRE DES GARANTIES INCAPACITÉ TOTALE TEMPORAIRE DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ PERMANENTE INTERVIENT À COMPTER DE LA DATE DE REPRISE DE TRAVAIL).

	NOM et PRÉNOM	N° Sécurité Sociale	Statut (*)	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"/>

(*) AM : Agents de maîtrise – E : Employés – O : Ouvriers

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

Fait à :, le : | ____ / ____ / ____ |

CACHET ET SIGNATURE DE L' ENTREPRISE :