

AMICALE Année 2024

12€00

C.H. de Digne-les-Bains E.H.P.A.D. de Thoard E.P.S. de Seyne-les-Alpes

AGENT :

Carte N° :
(Ne pas remplir SVP)

NOM (de naissance) : NOM (Epouse) :

Prénom :

Service : Poste : Matricule : 00.....

CONJOINT(e) si amicaliste:

Carte N° :
(Ne pas remplir SVP)

NOM (de naissance) : NOM (Epouse) :

Prénom :

Service : Poste : Matricule : 00.....

ENFANTS né(s) après le 01 janvier 2012 :

NOM: Prénom : Né(e) le :

NOM: Prénom : Né(e) le :

NOM: Prénom : Né(e) le :

ADRESSE :

Tél : Mail :

Identique à celle de l'année dernière

(Personnelle et non professionnelle)