

☐ C.H. de Digne-les-Bains ☐ E.P.S de Castellane ☐ 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 :

CONJOINT(e) si amicaliste:

Carte N° :
(Ne pas remplir SVP)

NOM (de naissance) : NOM (Epouse) :
Prénom :
Service : Poste :

ENFANTS né(s) après le 01 janvier 2014 :

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)