



<i>CADRE RÉSERVÉ À LA C.P.A.M.</i>	C.P.A.M.	N° DE DOCUMENT	1,0,0	C.R.A.M.
RÉGIME		EFFET D'IMMATRICULATION		
C.P.A.M. AFFILIATION		C.P.A.M. PREST		CENTRE PAIEMENT

Volet 3 --> à conserver  
par l'organisme agréé

### LE DEMANDEUR

(1)  Monsieur     Madame     Mademoiselle

NOM \_\_\_\_\_  
(En capitales d'imprimerie) - (Pour les femmes, indiquer sur cette ligne le nom de jeune fille)

PRÉNOMS \_\_\_\_\_  
(Dans l'ordre de l'état civil)

ÉPOUSE DE \_\_\_\_\_  
(En capitales d'imprimerie)

SEXE (1)  Masculin     Féminin    Nationalité \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_    LIEU DE NAISSANCE \_\_\_\_\_    N° DÉPART. \_\_\_\_\_    N° COMMUNE \_\_\_\_\_  
(Pour Paris et LYON indiquer l'arrondissement)

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE**

*(Joindre la photocopie de la pièce d'état-civil sur laquelle vous avez relevé les informations ci-après)*

Pays de naissance \_\_\_\_\_    Province \_\_\_\_\_

Nom du père \_\_\_\_\_    Nom de jeune fille de la mère \_\_\_\_\_

Premier prénom du père \_\_\_\_\_    Premier prénom de la mère \_\_\_\_\_

ADRESSE PRÉCISE { N° \_\_\_\_\_ VOIE \_\_\_\_\_  
(Nature et nom de la voie)

\_\_\_\_\_ (Complément d'adresse : villa, lieu-dit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)

COMMUNE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Code postal)    \_\_\_\_\_ (Bureau distributeur : à indiquer s'il est différent de la commune de résidence)

**DECLARE (rayer si vous n'êtes pas concerné)**

Avoir déjà fait l'objet d'une immatriculation à un régime d'assurance maladie quelconque

au titre de : \_\_\_\_\_

sous le numéro : \_\_\_\_\_

nom et adresse de la caisse d'affiliation : \_\_\_\_\_

SI VOUS EXERCEZ UNE AUTRE ACTIVITE PROFESSIONNELLE, précisez laquelle : \_\_\_\_\_

cachet de l'organisme agréé

Fait, à \_\_\_\_\_, le

signature :

Date de dépôt de la demande d'affiliation à l'organisme agréé \_\_\_\_\_

**IMPORTANT : la déclaration de revenus et d'activités doit être obligatoirement jointe à la présente déclaration.**

# DÉCLARATION EN VUE DE L'IMMATRICULATION DES ARTISTES AUTEURS

<b>CADRE RÉSERVÉ À LA C.P.A.M.</b>	C.P.A.M.	N° DE DOCUMENT	1 0 0	C.R.A.M.
RÉGIME		EFFET D'IMMATRICULATION		
C.P.A.M. AFFILIATION		C.P.A.M. PREST		CENTRE PAIEMENT

## LE DEMANDEUR

(1)  Monsieur       Madame       Mademoiselle

NOM \_\_\_\_\_  
(En capitales d'imprimerie) - (Pour les femmes, indiquer sur cette ligne le nom de jeune fille)

PRÉNOMS \_\_\_\_\_  
(Dans l'ordre de l'état civil)

ÉPOUSE DE \_\_\_\_\_  
(En capitales d'imprimerie)

SEXE (1)  Masculin       Féminin      Nationalité \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
JOUR MOIS AN

LIEU DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
(Pour Paris et LYON indiquer l'arrondissement)

N° DÉPART.      N° COMMUNE

### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE

(Joindre la photocopie de la pièce d'état-civil sur laquelle vous avez relevé les informations ci-après)

Pays de naissance \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Nom du père \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille de la mère \_\_\_\_\_

Premier prénom du père \_\_\_\_\_ Premier prénom de la mère \_\_\_\_\_

ADRESSE PRÉCISE { N° \_\_\_\_\_ VOIE \_\_\_\_\_  
(Nature et nom de la voie)

\_\_\_\_\_ (Complément d'adresse : villa, lieudit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)

COMMUNE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Code postal)      \_\_\_\_\_ (Bureau distributeur : à indiquer s'il est différent de la commune de résidence)

## RÉPONSE INSEE

Numéro national d'identité + clé de contrôle \_\_\_\_\_

SN \_\_\_\_\_

JN \_\_\_\_\_

Première immatriculation pour \_\_\_\_\_

Observations \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_