

## DEMANDE D'ADMISSION

M. : \_\_\_\_\_ Mme : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

Organisation : \_\_\_\_\_ Division : \_\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email professionnel : \_\_\_\_\_ Etat civil : \_\_\_\_\_

Email privé : \_\_\_\_\_ Date d'entrée dans l'organisation : \_\_\_\_\_

Type de contrat : \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_ Date de fin de contrat : \_\_\_\_\_

Lieu d'affectation : \_\_\_\_\_ N° index/employé : \_\_\_\_\_

Je soussigné(s) déclare avoir pris connaissance des Règlement intérieur et Statuts et, par mon adhésion, m'engage à m'y conformer.

Lieu et date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

(A remplir par La Mutuelle : droit d'admission payé \_\_\_\_\_)