

**CAISSE NATIONALE
DE SECURITE SOCIALE**

01 BOITE POSTALE 374 - COTONOU
TELEPHONES : 21 30 27 21 - 21 30 27 27
21 30 27 30 - 21 30 27 65 - 21 30 27 67
FAX DIRECTION GENERALE : 21 30 26 36

AVIS D'EMBAUCHAGE

M.M les employeurs sont invités à remplir cet imprimé qui doit obligatoirement être adressé à la Caisse dans les 48 heures suivant l'embauchage

(Décret N° 69 - 266 - PR - MFPRAT du 17 Octobre 1969)

EMPLOYEUR

NOM OU RAISON SOCIALE ET ADRESSE

Numéro

D'immatriculation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....Mediplus Benin.....
SALAIRE

NOMWHANNOU.....

NOM de jeune fille (s'il y a lieu).....

PRENOMS ..Christian.....

N° d'immatriculation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro à six ou 14 chiffres
figurant sur le livret ou la carte
d'assurance

Date de l'embauchage

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

JOUR MOIS ANNEE

IMMATRICULATION DU TRAVAILLEUR

A REMPLIR SEULEMENT DANS LE CAS OU LE TRAVAILLEUR NE REPRESENTE PAS LE LIVRET D'ASSURANCE
ET DECLARE N'AVOIR JAMAIS ETE IMMATRICULE

Nationalité du travailleur

Date de naissance

Ville ou village

Sous-préfecture ou pays d'origine

Sexe

Profession

Nom du Père

Nom de la Mère

Adresse actuelle

**Réservé à la codification
Informatique**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro - AN - JS

N°

Délivré le.....à.....

Pièces à joindre

- 1 Photo d'identité
- Photocopie légalisée CI ou PP
- Copie conforme ou Photocopie légalisée AN - JS
- Pièces justificatives du paiement des cotisations sociales.

ATori.....le.....

(Signature et cachet de l'employeur
avec précision: NOM - Prénoms et qualité du Signataire)