ANNEXES

Annexe 1 Lettre d'attestation	ðn.		
2. DE 3. DE	Ou	PRENOM: N° PENSION: A A A	
RENSEIGNEMENTS S	UR LES MEMBRES	DE LA FARMULE	
MEMBRE DE LA FAMILLE	NOM .	PRENOM	AGE
CONJOINT (S)			
ENFANT 1			
ENFANT 2			
ENFANT 3			
ENFANT 4			
ENFANT 5			
ENFANT 6			
SIGNATURE DE L'AGENT CADRE RESERVE A L'OCP			
Matricule / pension		agentpeut bénéficier de compte et celui des memb	es tarifs préférentiels
·	., LE		
LE RESPONSABLE DU SOCIAL			