## B.P. 187 OMIT Tél: 94 920 30 **ENFANTS A CHARGE (CNaPS) CARTE D'AFFILIATION** Nom & Nom & Année Année **Prénoms Prénoms** N° CNAPS : N° Fiche Médicale : EXT-44 1. 6. Affilié(e) [Annee1] [Annee6] [NomPrenom1] [NomPrenom6] Nom : Pierre 2. [Annee2] [Annee7] [NomPrenom2] [NomPrenom7] Prénoms: Emploi: yuy [Annee8] [Annee3] [NomPrenom3] [NomPrenom8] Employeur: EXTRA SARL [Annee9] [Annee4] Adresse : Anketa [NomPrenom4] [NomPrenom9] Nom & Prénoms conjoint(e): 10. [Annee10] [Annee5] [NomPrenom5] [NomPrenom10] Photo Affilié(e) Photo Conjoint(e) **VALIDATION (CHAQUE TRIMESTRE)** Année 2023 Photo CONJOINT(E) Pas de Photo 1er TRIM X 2e TRIM X 3e TRIM X 4e TRIM X AFFILIE(E): [NomAffilie] **DATE**: 06 Juin 2023 OMIT