

**B.P. 187    OMIT    Tél : 94 920 30**

## CARTE D'AFFILIATION

N° CNAPS : [NumCnaps] N° Fiche Médicale : [NumFicheMedicale]

**Affilié(e)**

Nom : [Nom]



Prénoms : [Prenoms]

Emploi : [Emploi]

Employeur : [Employeur]

Adresse : [Adresse]

Nom & Prénoms conjoint(e) : [NomPrenomConjoint]

<p>Photo AFFILIE(E)</p> 	<p>Photo CONJOINT(E)</p> 
---	--

[FooterText]