

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

**CARTE D'AFFILIATION**

N° CNAPS : [NumCnaps]

N° Fiche Médicale : [NumFicheMedicale]

**Affilié(e)**

Nom : [Nom]

Prénoms : [Nom]

Emploi : [Nom]

Employeur : [Nom]

Adresse : [Nom]

Nom & Prénoms conjoint(e) : [Nom]

Photo Affilié(e)

Photo Conjoint(e)

