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) [Annee6] [Annee1] [NomPrenom1] [NomPrenom6] Nom: Pierre 2. 7. [Annee7] [Annee2] Prénoms: [NomPrenom2] [NomPrenom7] Emploi: yuy 3. 8. [Annee3] [Annee8] [NomPrenom3] [NomPrenom8] Employeur: EXTRA SARL 4. 9. Adresse: Anketa [Annee9] [Annee4] [NomPrenom4] [NomPrenom9] Nom & Prénoms conjoint(e): 5. 10. [Annee5] [Annee10] Photo Affilié(e) Photo Conjoint(e) [NomPrenom5] [NomPrenom10] **VALIDATION (CHAQUE TRIMESTRE)** Année 2023 Photo CONJOINT(E) Pas de Photo Χ 1er TRIM Χ 2e TRIM **3e TRIM** Χ Χ 4e TRIM **AFFILIE(E)**: [NomAffilie] **DATE**: 06 Juin 2023 **OMIT**