

استمارة الفلاح  
الخاصة بطلب تحين المعلومات الخاصة بالتغطية الصحية للفلاحين

Fiche Agriculteur

Relative à la demande de mise à jour de données de la couverture sociale des agriculteurs

Nom : ..... الاسم العائلي

Prénom : ..... الاسم الشخصي

CIN : ..... ب ت و

Numéro d'immatriculation CNSS : ..... رقم التسجيل بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

Email : ..... الهاتف  
Téléphone : ..... البريد الإلكتروني

Date de naissance : ..... تاريخ الأديلا

Couverture médicale : ..... التغطية الصحية

AUCUNE لا شيء  
RAMED نظام المساعدة الطبية  
CNSS الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي  
CNOPS الصندوق الوطني لمتطلبات الاحتياط الاجتماعي  
ASSURANCE PRIVEE تأمين خاص

Date début d'activité : ..... تاريخ بداية مزاولة النشاط الفلاحي

Région : ..... الجهة

Province : ..... الإقليم / العمالة

Commune : ..... الجماعة

Adresse/Douar : ..... العنوان أو الدوار

Superficie en Bour (ha) : ..... مساحة الأراضي البورية (بالهكتار)

Superficie en irriguée (ha) : ..... مساحة الأراضي السقية (بالهكتار)

Effectif bovins : ..... عدد رؤوس الأبقار

Effectif ovins : ..... عدد رؤوس الأغنام

Effectif caprins : ..... عدد رؤوس المعاز

Effectif camelins : ..... عدد رؤوس الإبل

Nombre de ruches : ..... عدد خلايا النحل

Demande reçue par : ..... تم استلام الطلب من طرف

Signature

الإمضاء