

N° Affiliation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ASSOCIATION AFFILIEE

**ANNEXE « COMPLEMENTAIRE
INDIVIDUELLE DE PERSONNES »
- C.I.P. -**

N° Association

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ASSOCIATION NON AFFILIEE

DESIGNATION DE LA FEDERATION OU DE L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ **VILLE :** _____

Date de réception à la Délégation _____

N° Dossier, le cas échéant _____

LISTE OBLIGATOIRE DES BENEFICIAIRES

quelqu'en soit le nombre et qu'il s'agisse d'une première demande, d'un renouvellement ou d'un complément de souscription en cours d'année.
Utiliser plusieurs annexes si nécessaire.

Nom, prénom usuel du bénéficiaire (en capitales)	Adresse complète	Date de naissance	Catégorie souscrite *		
			Option 1	Option 2	Option 3
Total par catégorie					

* Mettre une croix dans la case correspondant à la catégorie souscrite.

Cachet de la Délégation	Cadre réservé à la Délégation	Je, soussigné _____ responsable de l'association, certifie exacts les renseignements figurant ci-dessus. A _____ le _____ Signature :
-------------------------	-------------------------------	--