

DÉCLARATION EN VUE DE L'IMMATRICULATION DES BÉNÉFICIAIRES D'UNE ALLOCATION DE CHOMAGE

(Art. L.311-5 du Code de la Sécurité Sociale)

CADRE RÉSERVÉ A LA CPAM	C.P.A.M.	N° DE DOCUMENT	1 0 0	CRAM
	RÉGIME	EFFET D'IMMATRICULATION		
CPAM AFFILIATION	CPAM PREST.	CENTRE PAIEMENT		



DEMANDEUR

(1) Monsieur Madame Mademoiselle

NOM _____
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (Pour les femmes, indiquer sur cette ligne le nom de jeune fille)

PRÉNOMS _____
(DANS L'ORDRE DE L'ÉTAT CIVIL)

ÉPOUSE DE _____
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE)

SEXE (1) Masculin Féminin Nationalité _____

DATE DE NAISSANCE _____ LIEU DE NAISSANCE _____
JOUR MOIS AN (Pour PARIS et LYON : indiquer l'arrondissement)

N° DÉPART. _____ N° COMMUNE _____

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE
MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE**
(Joindre la copie ou la photocopie de la pièce d'Etat Civil sur laquelle vous avez relevé les informations ci-après)

Pays de naissance _____	Province _____
Nom du père _____	Nom de jeune fille de la mère _____
1 ^{er} prénom du père _____ PERSONNE NÉE EN ALGÉRIE OU EN TUNISIE	1 ^{er} prénom de la mère _____ PERSONNE NÉE AU MAROC
Douar _____	Tribu ou Obila _____
N° acte de naissance _____	Fraction tribu ou Kesma _____

ADRESSE PRÉCISE

N° _____ Voie _____
(NATURE ET NOM DE LA VOIE)

_____ COMPLÉMENT D'ADRESSE : VILLA, LIEU-DIT, LOTISSEMENT, CITÉ, RÉSIDENCE, BATIMENT, ESCALIER, ÉTAGE

Commune _____

_____ CODE POSTAL (BUREAU DISTRIBUTEUR)

- APPARTENEZ-VOUS A UN RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ? (1) OUI NON

Si OUI précisez {
 Votre dernière Caisse d'affiliation _____
 Votre numéro d'immatriculation _____

JE SOUSSIGNÉ DÉCLARE SUR L'HONNEUR ÊTRE BÉNÉFICIAIRE D'UNE ALLOCATION DE CHOMAGE
 Depuis le _____ (joindre l'avis d'admission délivré par l'ASSEDIC)

Certifié exact : A _____ le _____ Signature : _____

La loi 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de Sécurité Sociale.

Sont punies d'amende ou d'emprisonnement toutes fraudes ou fausses déclarations.
 (Art. L. 409 du Code de la Sécurité Sociale, 150 du Code Pénal).

(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte.



**DÉCLARATION EN VUE DE L'IMMATRICULATION
DES BÉNÉFICIAIRES D'UNE ALLOCATION DE CHOMAGE**
(Art. L.311-5 du Code de la Sécurité Sociale)

CADRE RÉSERVÉ A LA CPAM	C.P.A.M.	N° DE DOCUMENT	1 0 0	CRAM
	RÉGIME	EFFET D'IMMATRICULATION		
CPAM AFFILIATION	CPAM PREST.	CENTRE PAIEMENT		

DEMANDEUR

(1) Monsieur Madame Mademoiselle

NOM _____
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (Pour les femmes, indiquer sur cette ligne le nom de jeune fille)

PRÉNOMS _____
(DANS L'ORDRE DE L'ÉTAT CIVIL)

ÉPOUSE DE _____
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE)

SEXE (3) Masculin Féminin Nationalité _____

DATE DE NAISSANCE _____ LIEU DE NAISSANCE _____
JOUR MOIS AN (Pour PARIS et LYON : indiquer l'arrondissement) N° DÉPART1 N° COMMUNE

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE
(Joindre la copie ou la photocopie de la pièce d'Etat Civil sur laquelle vous avez relevé les informations ci-après)

Pays de naissance _____	Province _____
Nom du père _____	Nom de jeune fille de la mère _____
1 ^{er} prénom du père _____ PERSONNE NÉE EN ALGÉRIE OU EN TUNISIE	1 ^{er} prénom de la mère _____ PERSONNE NÉE AU MAROC
Douar _____	Tribu ou Obila _____
N° acte de naissance _____	Fraction tribu ou Kesma _____

ADRESSE PRÉCISE

N° _____ Voie _____
(NATURE ET NOM DE LA VOIE)

_____ *COMPLÉMENT D'ADRESSE : VILLA, LIEU-DIT, LOTISSEMENT, CITÉ, RÉSIDENCE, BATIMENT, ESCALIER, ÉTAGE)*

Commune _____

_____ *(BUREAU DISTRIBUTEUR)*

CODE POSTAL _____

RÉPONSE I.N.S.E.E.

Numéro national d'identité + clé de contrôle _____

SN _____

JN _____

1^{er} immatriculation pour _____

Observations _____
