

FICHE INDIVIDUELLE DE CANDIDATURE

CAF

TOUS LES RENSEIGNEMENTS SONT INDISPENSABLES

(1) Titulaire Suppléant

* Dénomination de l'organisme :

* Organisation désignatrice :

Renouvellement de mandat OUI NON ⁽¹⁾

* Mme / M. ⁽¹⁾

* Nom d'usage :

Nom de naissance :

* Prénom :

*Date de naissance :

Lieu de naissance : Département : Ville : Arrondissement :

Pays :

* Adresse domicile :

Numéro : *Type de voie : *Nom de Voie :

Complément (Lieu-dit, BP) : *Code Postal : *Ville :

* Adresse d'envoi des convocations : identique à l'adresse du domicile

Numéro : Type de voie : Nom de Voie :

Complément (Lieu-dit, BP) : Code Postal : Ville :

N° de téléphone : Domicile : Portable :

* Adresse de messagerie électronique :@.....

(1) rayer la mention inutile

(2) sauf assuré volontaire

* Champ à compléter obligatoirement

Si vous êtes salarié(e) :

*Catégorie professionnelle :

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques | <input type="checkbox"/> Employés administratifs d'entreprise |
| <input type="checkbox"/> Cadres d'entreprise | <input type="checkbox"/> Employés de commerce |
| <input type="checkbox"/> Professions intermédiaire enseignement, santé, fonction publique et assimilés | <input type="checkbox"/> Personnes des services clients aux particuliers |
| <input type="checkbox"/> Techniciens | <input type="checkbox"/> Ouvriers qualifiés |
| <input type="checkbox"/> Contremaître, agents de maîtrise | <input type="checkbox"/> Ouvriers non qualifiés |
| <input type="checkbox"/> Employés de la fonction publique | <input type="checkbox"/> Ouvriers agricoles |

*Nom de l'employeur :

*Fonctions assurées au sein de l'entreprise :

Adresse professionnelle :

Numéro : Type de voie : Nom de Voie :

Complément (Lieu-dit, BP) : Code Postal : Ville :

Téléphone professionnel :

Si vous n'êtes pas salarié(e) :

*Catégorie professionnelle :

- Artisans
- Commerçants et assimilés
- Chef d'entreprise de 10 salariés et plus
- Chef d'entreprise de moins de 10 salariés
- Professions libérales et assimilés
- Agriculteurs exploitants

- *Catégorie :

- Assuré volontaire : employeur, travailleur indépendant (dont micro-entrepreneur)
- particulier employeur

- * Nom de l'entreprise :

- * Raison sociale de l'entreprise :

- * Numéro SIREN ⁽²⁾

- * Numéro URSSAF ⁽²⁾

Si vous êtes retraité ou inactif:

*Ancienne profession :

- Anciens agriculteurs exploitants
- Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprises
- Anciennes professions libérales
- Anciens cadres et professions intermédiaires
- Anciens employés et ouvriers
- Chômeurs n'ayant jamais travaillé
- Inactifs divers

A....., le.....

Signature :

(1) rayer la mention inutile

(2) sauf assuré volontaire

* Champ à compléter obligatoirement