



**BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION
A L'ASSURANCE MALADIE DE BASE TYPE AMO CNOPS
AU PROFIT DES ADHERENTS
DE LA FONDATION MOHAMMED VI DES CHAMPIONS SPORTIFS**

Prénom : Nom :

Date de naissance : N° CIN (*Obligatoire*) :Adresse de Correspondance (*Obligatoire*) : Ville (*Obligatoire*) :N° de téléphone (domicile) : Bureau GSM(*Important*) :

Situation de famille : Marié (e) Célibataire Veuf (ve) Divorcé (e)

PERSONNES A CHARGE (LES BENEFICIAIRES)

Conjoint (s) et enfants âgés de moins de 21 ans ou de moins de 26 ans lorsqu'ils poursuivent des études et les enfants handicapés sans limite d'âges.

CONJOINTS	Conjoint 1	Conjoint 2	Conjoint 3	Conjoint 4
Prénom				
Nom				
Date de Naissance				
Profession				

ENFANTS	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	4 ^{ème} enfant	5 ^{ème} enfant	6 ^{ème} enfant
Prénom						
Date de Naissance						

Afin de nous permettre de procéder au règlement, dans les meilleurs délais, de vos remboursements, prière d'indiquer votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB) et joindre un spécimen de chèque (copie de chèque).

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

Banque ou C.C.P. Agence Ville

Je soussigné, certifie la sincérité des déclarations ci-dessus, qui servent de base à mon adhésion.

Fait à le

Visa de
La Fondation

Signature de
l'Adhérent-Assuré

N.B : au-delà de 6 enfants à charge, prière de remplir un bulletin d'adhésion additionnel.

Bulletin à retourner, dûment rempli et muni d'une copie de la Carte d'Identité Nationale (CIN) à la Fondation Mohammed VI Des Champions Sportifs : 24, rue Dayet Belarbi - Résidence Yacout 2 Imm. A - Appt.8 - Jnane Souissi