

DÉCLARATION OBLIGATOIRE D'UN TRAVAILLEUR  
OCCUPÉ PAR DEUX OU PLUSIEURS EMPLOYEURS

---

DÉCLARATION OBLIGATOIRE DU TRAVAILLEUR OCCUPÉ PAR DEUX OU PLUSIEURS EMPLOYEURS OU NE TRAVAILLANT POUR LE COMPTE D'UN MÊME EMPLOYEUR QUE PAR INTERMITTENCE OU OCCASIONNELLEMENT.

- CETTE DÉCLARATION PEUT ÉGALEMENT ÊTRE ÉTABLIE PAR LE TRAVAILLEUR OCCUPÉ PAR UN SEUL EMPLOYEUR, A DÉFAUT DE DÉCLARATION D'EMPLOI ÉMANANT DE CE DERNIER.

LE VOLET 3 DE LA PRÉSENTE DÉCLARATION EST A CONSERVER PAR LE DÉCLARANT

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

(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 \_\_\_\_\_  
JOUR MOIS AN

LIEU DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
(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 photocopie de la pièce d'état-civil sur laquelle vous avez relevé les informations ci-après)*

Pays de naissance \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Nom du père \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille de la mère \_\_\_\_\_

Premier prénom du père \_\_\_\_\_ Premier prénom de la mère \_\_\_\_\_

ADRESSE PRÉCISE { N° \_\_\_\_\_ VOIE \_\_\_\_\_  
(Nature et nom de la voie)

\_\_\_\_\_ (Complément d'adresse : villa, lieudit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)

COMMUNE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Code postal)    \_\_\_\_\_ (Bureau distributeur : à indiquer s'il est différent de la commune de résidence)

N° ASSUR. SOCIALES \_\_\_\_\_ N° AGRICOLE \_\_\_\_\_

Le SALARIÉ soussigné déclare travailler régulièrement ou par intermittence pour le compte des employeurs ci-après :

NOM ET ADRESSE	N° EMPLOYEUR	DATE DE DÉBUT DU TRAVAIL

Profession du travailleur \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec l'employeur \_\_\_\_\_

Pour le travailleur étranger, justification du contrôle sanitaire préalable *(Carte de travail, attestation provisoire)*

Nature du document \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

délivré le \_\_\_\_\_ Date d'entrée en France \_\_\_\_\_

Certifié exacte à \_\_\_\_\_

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."

(1) Mettre une croix dans la case réponse exacte. Exemple : pour répondre OUI  OUI     NON

CADRE RÉSERVÉ  
A LA C.P.A.M.

C.P.A.M.	N° DE DOCUMENT	C.R.A.M.
_____	1,0,0	_____
RÉGIME	EFFET D'IMMATRICULATION	_____
C.P.A.M. AFFILIATION	C.P.A.M. PREST	CENTRE PAIEM
_____	_____	_____

(1)  Monsieur  Madame  MademoiselleNOM \_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_ N° DÉPART. \_\_\_\_\_ N° COMMUNE \_\_\_\_\_  
(JOUR MOIS AN) (Pour Paris et LYON indiquer l'arrondissement)RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE  
MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE

(Joindre la photocopie de la pièce d'état-civil sur laquelle vous avez relevé les informations ci-après)

Pays de naissance \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Nom du père \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille de la mère \_\_\_\_\_

Premier prénom du père \_\_\_\_\_ Premier prénom de la mère \_\_\_\_\_

ADRESSE PRÉCISE { N° \_\_\_\_\_ VOIE \_\_\_\_\_ (Nature et nom de la voie)  
\_\_\_\_\_ (Complément d'adresse : villa, lieudit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)  
COMMUNE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Code postal) \_\_\_\_\_ (Bureau distributeur : à indiquer s'il est différent de la commune de résidence)

N° ASSUR. SOCIALES \_\_\_\_\_ N° AGRICOLE \_\_\_\_\_

## RÉPONSE I.N.S.E.E.

Numéro national d'identité + clé de contrôle \_\_\_\_\_

SN \_\_\_\_\_

JN \_\_\_\_\_

Première immatriculation pour \_\_\_\_\_

Observations \_\_\_\_\_

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

(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 \_\_\_\_\_ N° DÉPART. \_\_\_\_\_ N° COMMUNE \_\_\_\_\_  
(JOUR MOIS AN) (Pour Paris et LYON indiquer l'arrondissement)

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE**

(Joindre la photocopie de la pièce d'état-civil sur laquelle vous avez relevé les informations ci-après)

Pays de naissance \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Nom du père \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille de la mère \_\_\_\_\_

Premier prénom du père \_\_\_\_\_ Premier prénom de la mère \_\_\_\_\_

ADRESSE PRÉCISE { N° \_\_\_\_\_ VOIE \_\_\_\_\_ (Nature et nom de la voie)

\_\_\_\_\_ (Complément d'adresse : villa, lieudit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)

COMMUNE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Code postal) \_\_\_\_\_ (Bureau distributeur : à indiquer s'il est différent de la commune de résidence)

N° ASSUR. SOCIALES \_\_\_\_\_ N° AGRICOLE \_\_\_\_\_

Le SALARIÉ soussigné déclare travailler régulièrement ou par intermittence pour le compte des employeurs ci-après :

NOM ET ADRESSE	N° EMPLOYEUR	DATE DE DÉBUT DU TRAVAIL

Profession du travailleur \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec l'employeur \_\_\_\_\_

Pour le travailleur étranger, justification du contrôle sanitaire préalable (Carte de travail, attestation provisoire)

Nature du document \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

délivré le \_\_\_\_\_ Date d'entrée en France \_\_\_\_\_

Certifié exacte à \_\_\_\_\_  
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."

(1) Mettre une croix dans la case réponse exacte. Exemple : pour répondre OUI  OUI  NON