

**DECLARATION EN VUE DE L'IMMATRICULATION
DES PERSONNES VISEES A L'ART. L412-8 (6^e et 7^e) DU CODE S.S.**

***Avant de compléter cet imprimé
lisez ces quelques renseignements***

IMPORTANT

Cette déclaration à 4 volets doit être :

- établie pour toute personne qui participe BÉNÉVOLEMENT au fonctionnement d'un ORGANISME relevant de l'article L412-8 (6^e et 7^e) du Code de la sécurité sociale
- envoyée à la CAISSE dans la circonscription de laquelle se trouve le SIÈGE SOCIAL de cet organisme dans un délai de HUIT JOURS suivant la DATE D'ENTRÉE EN FONCTION.

ÉTAT-CIVIL

Les informations portées doivent être rigoureusement conformes à une pièce officielle :

- LIVRET DE FAMILLE
- CARTE D'IDENTITÉ
- EXTRAIT D'ACTE DE NAISSANCE

Si l'intéressé est né hors de France :

compléter le cadre intitulé "renseignements complémentaires concernant la personne née hors de France..."
joindre une photocopie lisible d'une pièce d'état-civil indiquant la filiation de l'intéressé.

FONCTIONS DE L'INTÉRESSÉ**Organismes concernés par l'article L 412-8 –6^e :**

Personnes élues ou désignées pour exercer des fonctions bénévoles auprès d'organismes à objet social relevant du décret du 8 avril 1963 modifié, notamment :

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| - ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE | - SOCIÉTÉS MUTUALISTES |
| - HÔPITAUX ET HOSPICES PUBLICS | - TRIBUNAUX DE COMMERCE... |

Cas particulier des institutions sociales visées au paragraphe 19-2^e et des membres bénévoles visés aux paragraphes 23-4^e et 24-2^e du décret du 8.4.63

Pour les personnes ayant la qualité de MEMBRE ACTIF ou ANIMATEUR RÉGULIER, joindre obligatoirement un EXTRAIT :

- de la délibération du Conseil d'administration
- ou
- de la décision du responsable de l'organisme ayant reçu délégation à cet effet, fixant le CADRE et la DURÉE des activités ou missions.

Organismes concernés par l'article L 412-8 –7^e :

Personnes salariées désignées en application de l'article L992-8 du Code du travail pour siéger dans :

- une COMMISSION
- un CONSEIL
- un COMITÉ ADMINISTRATIF ou PARITAIRE
- un JURY D'EXAMEN



dont la liste
est fixée par
arrêté
du 20 mai 1982

DÉCLARATION EN VUE DE L'IMMATRICULATION
DES PERSONNES VISEES A L'ART. L412-8 (6e et 7e) DU CODE SS

VOLET

1

C.P.A.M.

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

PERSONNE A IMMATRICULER

(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.

RÉSERVÉ C.P.A.M.

RÉSERVÉ C.P.A.M.

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° ASSURANCES SOCIALES

N° AGRICOLE

FONCTIONS EXERCEES

membre bénévole actif ou animateur régulier.

(1) Personnes visées par le décret 79-109 du 30.01.79, art. 2, §19.2, 23.4 et 24.2 (joindre obligatoirement
une délibération du conseil d'administration)

autre fonction - précisez laquelle :

depuis le

depuis le

Si la personne est déjà immatriculée à la sécurité sociale, indiquer son n° d'immatriculation

ORGANISME OU SONT EXERCEES LES FONCTIONS

Nature (1)

organisme privé

établissement public (si l'Etat ou une collectivité locale assume directement la charge des prestations et indemnités)

Dénomination de l'organisme

NE PAS UTILISER
DE CACHET

Adresse de l'organisme

(Code postal)

N° d'identification

Certifié exact : A _____ le _____ Signature du responsable :

Déclaration en vue de l'immatriculation
des personnes visées à l'art. L412-8 (6e et 7e) du code S.S.

VOLET

2

C.R.A.M. - I.N.S.E.E.

CADRE RÉSERVÉ
À 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 PAIEMENT

PERSONNE À IMMATRICULER

(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.

RÉSERVÉ C.P.A.M.

RÉSERVÉ C.P.A.M.

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)

COMMUNE

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

(Code postal)

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

N° ASSURANCES SOCIALES

N° AGRICOLE

RÉPONSE INSEE

Numéro national d'identité + clé de contrôle

SN

JN

Première immatriculation pour

Observations

NUMERO D'IDENTIFICATION

DÉCLARATION EN VUE DE L'IMMATRICULATION
DES PERSONNES VISEES A L'ART. L412-8 (6e et 7e) DU CODE S.S.

VOLET

3

Notification
d'immatriculationCADRE RÉSERVÉ
A LA C.P.A.M.

C.P.A.M.

NDE DOCUMENT

C.R.A.M.

1 0 0

RÉGIME

EFFET D'IMMATRICULATION

C.P.A.M. AFFILIATION

C.P.A.M. PREST

CENTRE P. ALIEMENT

PERSONNE A IMMATRICULER

(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° DÉP. ART.

RÉSERVÉ C.P.A.M.

RÉSERVÉ C.P.A.M.

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° ASSURANCES SOCIALES

N° AGRICOLE

NOTIFICATION D'IMMATRICULATION

Nous vous informons que la personne désignée ci-dessus, pour laquelle vous avez fait une déclaration d'immatriculation :

a déjà été immatriculée

(1) est immatriculée à compter du

** Sous le numéro

ORGANISME OU SONT EXERCEES LES FONCTIONS

organisme privé

Nature (1)

établissement public (si l'Etat ou une collectivité locale assume directement la charge des prestations et indemnités)

Dénomination de l'organisme

NE PAS UTILISER
DE CACHET

Adresse de l'organisme

(Code postal)

N° d'identification

** Ce numéro est à rappeler dans toute correspondance et doit figurer sur les bordereaux de cotisation

le

Signature du responsable :

DÉCLARATION EN VUE DE L'IMMATRICULATION
DES PERSONNES VISEES A L'ART. L412-8 (6e et 7e) DU CODE S.S.

VOLET

4

A CONSERVER PAR
LE DÉCLARANTCADRE 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 PAIEMENT

PERSONNE A IMMATRICULER

(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.

RÉSERVÉ C.P.A.M.

RÉSERVÉ C.P.A.M.

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° ASSURANCES SOCIALES

N° AGRICOLE

FONCTIONS EXERCEES

membre bénévole actif ou animateur régulier.

(1) Personnes visées par le décret 79-109 du 30.01.79, art. 2, §19.2, 23.4 et 24.2 (joindre obligatoirement
une délibération du conseil d'administration)

depuis le

autre fonction - précisez laquelle :

depuis le

Si la personne est déjà immatriculée à la sécurité sociale, indiquer son n° d'immatriculation

ORGANISME OU SONT EXERCEES LES FONCTIONS

Nature (1)

organisme privé

établissement public (si l'Etat ou une collectivité locale assume directement la charge des prestations et indemnités)

Dénomination de l'organisme

NE PAS UTILISER
DE CACHET

Adresse de l'organisme

(Code postal)

N° d'identification

Certifié exact : A le Signature du responsable :