

BILLETTERIE KARTING



N° Agent :		DATE D'EMBAUCHE	Si vous êtes CDD <i>(À remplir en sus)</i> DATES du CONTRAT de TRAVAIL Du	
NOM		Prénom		Au
ADRESSE				DATE de NAISSANCE
CODE POSTAL	VILLE			
N° du CENTRE :	N° et NOM du SERVICE « MARJOBERTS »			
☛	☛			
☎ Centre:	☎ Poste :			
☎ Domicile :				

TARIF UNIQUE	10.50 € X	=	€
---------------------	------------------	---	----------

PERSONNES INSCRITES

NOM – PRENOM	AGENT CPAM <i>(Obligatoire)</i>	DATE de NAISSANCE <i>(Obligatoire)</i>
-		
-		
-		
-		
-		

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

Date et Signature du Demandeur :