

FICHE DE RENSEIGNEMENT AXONE

Fiche à renseigner en MAJUSCULE

Toutes les informations sont OBLIGATOIRES

VOTRE IDENTITÉ

IDENTIFIANT DÉFENSE (se trouve sur l'attestation de JDC) : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

VILLE DE NAISSANCE : _____

CODE POSTAL DE LA VILLE DE NAISSANCE (code postal COMPLET) : ____

DÉPARTEMENT DE NAISSANCE (en toutes lettres) : _____

PAYS DE NAISSANCE : _____

SEXE : MASCULIN FÉMININ

NATIONALITÉ(S) : _____

NUMÉRO DE PORTABLE : _____

MAIL PRIVÉ : _____ @ _____ . _____

ADRESSE FISCALE DU DOMICILE : _____

CODE POSTAL : ____ **VILLE** : _____

PAYS : _____

SITUATION DE FAMILLE : Célibataire En concubinage Pacsé(e) Marié(e) Veuf/ve Divorcé(e)

Séparé(e) de fait Séparé(e) de corps

NOMBRE D'ENFANT(S) : ____ dont ____ à charge

UNIQUEMENT SI VOUS ÊTES MILITAIRE (d'active ou de réserve) :

ARMÉE D'APPARTENANCE : Terre Air Marine Gendarmerie Service commun : _____

CORPS : Officiers Sous-Officiers Militaire du rang

GRADE : _____

SITUATION MILITAIRE : Carrière Sous-contrat Réserviste (date de fin du contrat : ____/____/____)

UNITÉ : _____

VILLE / GARNISON : _____



PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (personne de confiance)

NOM : _____

PRÉNOM : _____

LIEN DE PARENTÉ : PARENT MÉDECIN PROCHE

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : ____ ____ **VILLE :** _____

TÉLÉPHONE PORTABLE : ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____

PRISE EN CHARGE SOCIALE

RÉGIME DE L'ASSURÉ (E) : Militaire Salarié(e) ou assimilé(e) – Fonctionnaire Agricole

Activités ambulantes Autres situations

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __ __ / __ __ __ / __ __

NOM DE LA MUTUELLE : _____

NUMÉRO D'ADHÉRENT MUTUELLE : _____

DATE :

SIGNATURE :