******

FICHE DE RENSEIGNEMENTS PEC

❑ M ❑ Mme - NOM ................................................ Nom d’usage (si différent) ....................................................................

Prénoms................................................................................................................................................................................................

Date de naissance .................................................................... Lieu de Naissance ..................................................................

Département ou pays : .................................................................. Nationalité : .......................................................................

Numéro INSEE (Sécurité sociale) ……………………………………..…………………………….......................................

Caisse de sécurité sociale actuelle :  CPAM –  MGEN

Adresse personnelle complète ......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................Téléphone ...............................................................................Mobile ……………………………………………………….

Email Personnel **(Obligatoire)** : …………………………………………………………………………………………….

Etablissement d’affectation : .............................................................................................. Bassin .........................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Situation de famille : | * Célibataire
 | * Divorcé(e)
 | * Séparé(e)
 | * Marié(e)
 |
|  | * Pacsé(e)
 | * Concubinage
 | * Veuf(ve)
 |  |

Nombre d’enfants à charge :

Employeur précédent : ..................................................................................................................................................................

Adresse : ..............................................................................................................................................

Dates de début et de fin de fonction : du........................................... Au..............................................

Je soussigné(e), …………………………………………………………………, certifie exactes les informations indiquées sur cette fiche de

Renseignements et m’engage à signaler toute modification survenant en cours de contrat.

Fait à le

Signature

**LYCEE PROFESSIONNEL JEAN-MARIE MICHOTTE**

BOULEVARD DE LA REPUBLIQUE – B. P5018 – 97305 CYENNE CEDEX

Tel : 0594 28 11 11 Fax : 05 94 28 11 72

**N° :9730094P – N°SIRET 19973094600019**

**SERVICE MUTUALISATION DES CONTRATS AED –AED PREPAPRO – CUI /PEC - AESH**