



N° Affiliation

\_\_\_\_\_  
ASSOCIATION AFFILIEE

**ANNEXE « COMPLEMENTAIRE  
INDIVIDUELLE DE PERSONNES »  
- C.I.P. -**

N° Association

\_\_\_\_\_  
ASSOCIATION NON AFFILIEE

**DESIGNATION DE LA FEDERATION OU DE L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ADRESSE :** \_\_\_\_\_

**CODE POSTAL :** \_\_\_\_\_ **VILLE :** \_\_\_\_\_

**Date de réception à la Délégation** \_\_\_\_\_

**N° Dossier, le cas échéant** \_\_\_\_\_

**LISTE OBLIGATOIRE DES BENEFICIAIRES**

quelqu'en soit le nombre et qu'il s'agisse d'une première demande, d'un renouvellement ou d'un complément de souscription en cours d'année.  
Utiliser plusieurs annexes si nécessaire.

	Nom et prénom usuel du bénéficiaire (en capitales)	Date de Naissance	Catégorie souscrite *		
			Option 1	Option 2	Option 3
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
<b>Total par catégorie</b>					

\* Mettre une croix dans la case correspondant à la catégorie souscrite.

Cachet de la Délégation	Cadre réservé à la Délégation	Je, soussigné _____ responsable de l'association, certifie exacts les renseignements figurant ci-dessus. A _____ le _____ Signature :
-------------------------	-------------------------------	--