

FORMULAIRE
 ETUDIANTS

 DÉPART DE L'ARCHIPEL
 INFORMATION À LA CPS


NOM D'USAGE : _____ NOM DE NAISSANCE : _____

PRÉNOMS : _____

DATE DE NAISSANCE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| À : _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|



DANS L'ARCHIPEL

N° et RUE : _____

BP : |_|_|_|_|_|_| CODE POSTAL : |_|_|_|_|_|_| COMMUNE : _____

NOUVELLE ADRESSE

N° et RUE : _____

 COMPLÉMENT D'ADR. : _____
(bâtiment, étage, appartement)

BP : |_|_|_|_|_|_| CODE POSTAL : |_|_|_|_|_|_| VILLE : _____

PAYS : _____ TÉL. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

MAIL : _____



DATE DE DÉPART : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

 CERTIFICAT DE SCOLARITÉ TRANSMIS À LA CPS : OUI NON *

* Si non, merci de l'envoyer à l'adresse mail ci-dessous dès que votre établissement scolaire vous aura transmis le document.

Fait à _____

Signature du déclarant :

Le _____



Caisse de prévoyance Sociale

Angle des bds Colmay et Thélot

97500 Saint-Pierre et Miquelon

Tél.: 0508 41 15 70 | Mail : accueil.cps@secuspm.com