



PRISE EN CHARGE (ANNEXE 32)

COORDONNÉES DU GARANT

| | |
|--|---|
| Nom Nom de jeune fille pour les femmes mariées | |
| Prénom(s) | |
| Date de naissance | |
| Lieu de naissance | |
| Sexe | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre |
| Nationalité(s) | |
| Adresse Numéro, rue, code postale, commune | |
| Numéro de téléphone | |
| Email | |
| Combien de prises en charge avez-vous déjà signées ? | |
| Avez-vous une prise en charge en cours ? Si oui, au bénéfice de qui ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

COORDONNÉES DE L'EMPLOYEUR

| | |
|--|--|
| Employeur | |
| Adresse Numéro, rue, code postale, commune | |
| Numéro de téléphone | |
| Email | |
| Responsable ressources humaines | |
| Type de contrat | <input type="checkbox"/> Contrat à durée déterminée (CDD) <input type="checkbox"/> Contrat à durée indéterminée (CDI) <input type="checkbox"/> Intérim |

SIGNATURE

| | |
|---|----------------------------|
| Je déclare que les informations fournies sont correctes et complètes, et je consens au traitement de mes données à caractère personnel à des fins de vérification de l'authenticité des pièces déposées, conformément à la réglementation applicable. | |
| Date | Signature du garant |
| Lieu | |