# PO'

cerfa

N° 11771*02

# INTERCALAIRE – Suite de l'imprimé

❒ PO CMB ❒ PO PL ❒ ACO ❒ PO Agricole

Intercalaire N° |_|_|_|

**RÉSERVÉ AU CFE**

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

## RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Nom de naissance, prénoms, date de naissance : _____

## PROPRIÉTAIRES INDIVIS, PERSONNES AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT

Suite du PO CMB cadre 15

2

❒ **PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT**

❒ **PROPRIÉTAIRE INDIVIS**

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Domicile _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

**Pour la personne ayant le pouvoir d'engager :** Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____

Nationalité _____

2 BIS

❒ **PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT**

❒ **PROPRIÉTAIRE INDIVIS**

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Domicile _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

**Pour la personne ayant le pouvoir d'engager :** Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____

Nationalité _____

## AUTRE(S) ÉTABLISSEMENT(S) SITUÉ(S) DANS UN ÉTAT DE L'UNION EUROPÉENNE OU DE L'EEE

Suite PO CMB cadre 7

3

## DÉCLARATION SOCIALE

Suite PO CMB – PO PL – ACO – PO agricole

4

**PERSONNES DEMANDANT À BÉNÉFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DÉCLARANT**

| Nom de naissance et prénom | N° de Sécurité Sociale obligatoire (à défaut : date, lieu de naissance et sexe) | Lien de parenté | Enfant scolarisé oui | Enfant scolarisé non | Nationalité | Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf ressortissant de l'U.E) N° du titre de séjour | Délivré à | Expirant le |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ❒ | ❒ | | | | |
| | | | ❒ | ❒ | | | | |
| | | | ❒ | ❒ | | | | |
| | | | ❒ | ❒ | | | | |
| | | | ❒ | ❒ | | | | |
| | | | ❒ | ❒ | | | | |
| | | | ❒ | ❒ | | | | |
| | | | ❒ | ❒ | | | | |
| | | | ❒ | ❒ | | | | |
| | | | ❒ | ❒ | | | | |
| | | | ❒ | ❒ | | | | |

## SUITE DE L'IMPRIMÉ

5 **Vous voulez compléter le cadre N°** _____ **de l'imprimé** _____

PO'

cerfa

N° 11771*02

# INTERCALAIRE – Suite de l'imprimé

❒ PO CMB ❒ PO PL ❒ ACO ❒ PO Agricole Intercalaire N° |_|_|_|

**RÉSERVÉ AU CFE**

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

## RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Nom de naissance, prénoms, date de naissance : _____

## PROPRIÉTAIRES INDIVIS, PERSONNES AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT

Suite du PO CMB cadre 15

2

❒ **PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT**

❒ **PROPRIÉTAIRE INDIVIS**

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Domicile _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

**Pour la personne ayant le pouvoir d'engager :** Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____

Nationalité _____

2 BIS

❒ **PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT**

❒ **PROPRIÉTAIRE INDIVIS**

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Domicile _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

**Pour la personne ayant le pouvoir d'engager :** Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Dépt. |_|_|_| Commune / Pays _____

Nationalité _____

## AUTRE(S) ÉTABLISSEMENT(S) SITUÉ(S) DANS UN ÉTAT DE L'UNION EUROPÉENNE OU DE L'EEE

Suite PO CMB cadre 7

3

## DÉCLARATION SOCIALE

Suite PO CMB – PO PL – ACO – PO agricole

4

## SUITE DE L'IMPRIMÉ

5 **Vous voulez compléter le cadre N°** _____ **de l'imprimé** _____