

**NOTICE INDIVIDUELLE DESTINÉE À LA GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIÈRE**

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>		NOM d'usage		Prénom usuel		NOM de Famille					
Date de Naissance		Lieu de Naissance		Célibataire <input type="checkbox"/>	Concubinage depuis le	Pacsé(e) le	Marié(e) le	Séparé(e) le	Divorcé(e) le	Veuf(ve) le	
Nationalité		Naturalisé(e) le	Inscription Mutuelle : Préciser laquelle :		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N° de sécurité sociale				
Adresse personnelle					Téléphone Fixe :		Téléphone portable :				
DIPLOMES ET TITRES UNIVERSITAIRES					SITUATION MILITAIRE						
Titre					Date		<input type="checkbox"/> Exempté <input type="checkbox"/> Réformé				
							Service militaire effectué : à A ..... soit : an(s), mois, jours				
POSITION ACTUELLE					Études poursuivies ou concours préparés						
Fonction ou discipline		Poste		Qualité, corps, grade, échelon							
					Travaux ou stages effectués						
EMPLOIS OCCUPÉS PENDANT LES TROIS DERNIÈRES ANNÉES					Si vous étiez payé(e) par un centre électronique du trésor précisez lequel et votre n° identification						
Année	Fonction		Établissement ou employeur								
<b>MODE DE PAIEMENT</b>		Compte trésor <input type="checkbox"/>		T. G. ou perception de :		C.C.P. <input type="checkbox"/>		Numéro de CCP		Centre	
Banque <input type="checkbox"/>		Ville et Agence				Numéro de Compte Bancaire		Joindre un relevé d'identité bancaire			
Caisse d'Épargne de <input type="checkbox"/>						Numéro de Compte Epargne		Joindre un relevé d'identité épargne			
Cas de personnel détaché, si indice particulier pour retenue pour pension civile			Indice Nouveau Majoré		Personnel logé oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Affiliation à la caisse de retraite complémentaire PREFON <input type="checkbox"/> MR de la fonction publique <input type="checkbox"/> classe :				
<b>CONJOINT</b>		NOM d'usage		Prénom d'usage		Nom de famille					
<input type="checkbox"/> Fonctionnaire		Indice nouveau majoré		<input type="checkbox"/> Non Fonctionnaire		<input type="checkbox"/> Sans Profession					
<input type="checkbox"/> Agent de l'État				Profession :							
<input type="checkbox"/> Retraité ou pensionné				Nature de la pension							
Nom et adresse de l'employeur						Nom et adresse du payeur de la pension					
<b>ENFANTS</b>		Nom et Prénom		Date de naissance		Lien Juridique		Observations			
1											
2											
3											
4											
5											
6											
<b>Destinataire :</b> Wj q'!•ã.ÁÁ[ ~    } Öä^&ç } Á^•Á••[ ~ !&•Á@ { æ }^• CS 60584 - 83041 Toulon Cedex 9				Vu et vérifié [Signature]				Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. À ..... Le .....			