

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS "Actions Locales"**À nous envoyer obligatoirement lors de votre première demande.**MEMBRE**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Date de naissance : ..... Tél Domicile : .....

Tél Portable : ..... Tél Professionnel : .....

Date d'entrée dans l'établissement : ..... / ..... / ..... Durée du contrat : .....

Affectation (Service) : ..... Rattachement (DIR/DG/Paraclet) : .....

Fonction : .....

Situation familiale Célibataire  Union Libre  Marié(e)/Pacsé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)**AYANT(S) DROIT**Conjoint

Nom : ..... Prénom : .....

En cas d'enfants à charge, indiquez le parent auquel ils sont à rattacher : .....

Enfant(s) à charge

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Je m'engage à me soumettre à tout contrôle de l'Apas-AFB sur leur exactitude et à lui reverser toute somme indûment perçue.

**PIÈCES À JOINDRE  
OBLIGATOIREMENT**

- ✓ Copie(s) du ou des avis d'impôt 2016 du foyer recto verso
- ✓ Un RIB

À .....

Le .....

Signature

**CADRE RÉSERVÉ À L'Apas-AFB**

N° DOSSIER : .....

Q.F. : .....