

3. PERSONNES VIVANT AU FOYER

N° d'immatriculation	Prénom	Date de naissance	Parenté	Situation professionnelle

4. VOTRE ORGANISME COMPLÉMENTAIRE (Mutuelle)

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur cet imprimé.

Nom du demandeur :

À le,

Signature obligatoire

L'inexactitude des déclarations entraînera de plein droit, la récupération des aides versées, sans préjudice des poursuites encourues.

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou fausses déclarations (articles L114-13 du Code de la Sécurité Sociale et 441-1 du Code Pénal).