



Fiche Individuelle¹

Organisation désignatrice*

(les personnalités qualifiées ne sont pas concernées par cet item)

--

Organisme de sécurité sociale*

Type d'organisme ²	Nom de l'organisme

Type de Candidature* : Titulaire ☐ Suppléant ☐

(les personnalités qualifiées ne sont pas concernées par cet item) « type de candidature »

Renouvellement de mandat* : Oui ☐ Non ☐

Civilité*

Civilité : _____ Nom usage : _____

Prénom : _____ Nom de naissance : _____

Date de naissance : __/__/____

Lieu de Naissance : Pays : _____ Ville : _____ Département _____

Informations personnelles*

Adresse du domicile :

Numéro : _____ Type voie _____ Nom de la voie _____

Complément (lieu-dit, BP) : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays _____

Adresse d'envoi des convocations* :

Utiliser l'adresse du domicile : Oui ☐ Non ☐

Nom/Société/Organisation : _____

¹ Les éléments comportant une * doivent être obligatoirement enseignés

² Exemples : CPAM, URSSAF ...

Numéro : _____ Type voie _____ Nom de la voie _____
Complément (lieu-dit, BP) _____
Code postal : _____ Ville _____ Cedex _____ Pays _____

Numéro de téléphone et adresse électronique*

Domicile : _____ Portable : _____ Adresse électronique : _____@_____

Informations professionnelles*

Vous êtes* : Salarié ☐ Employeur ou travailleurs indépendants ☐ Retraité ou inactif ☐

Vous devez compléter l'ensemble des informations demandées pour chacun de vos emplois et pour toutes les sociétés ou entreprises dans lesquels vous exercez votre activité.

Salarié

Type d'activité* :

- | | |
|--|--|
| ☐ Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques | ☐ Employés administratifs d'entreprise |
| ☐ Cadres d'entreprise | ☐ Employés de commerce |
| ☐ Professions intermédiaire enseignement, santé, fonction publique et assimilés | ☐ Personnes des services clients aux particuliers |
| ☐ Techniciens | ☐ Ouvriers qualifiés |
| ☐ Contremaître, agents de maîtrise | ☐ Ouvriers non qualifiés |
| ☐ Employés de la fonction publique | ☐ Ouvriers agricoles |

Nom de l'employeur* _____

Fonctions assurées au sein de l'entreprise* _____

Adresse professionnelle de l'employeur

Société/Organisation : _____

Numéro : _____ Type voie _____ Nom de la voie _____

Complément (lieu-dit, BP) : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Cedex _____

Pays _____ Numéro de téléphone travail _____

Employeur ou travailleur indépendants

Type d'activité*

- ☐ Artisans
- ☐ Commerçants et assimilés
- ☐ Professions libérales et assimilés
- ☐ Chef d'entreprise de 10 salariés et plus
- ☐ Chef d'entreprise de moins de 10 salariés
- ☐ Agriculteurs exploitants

Nom de l'entreprise	Raison sociale	Numéro de SIREN	Numéro de compte URSSAF	Type de gérance

Retraité ou inactif

Type d'activité*

- ☐ Anciens agriculteurs exploitants
- ☐ Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- ☐ Anciennes professions libérales
- ☐ Anciens cadres et professions intermédiaires
- ☐ Anciens employés et ouvriers
- ☐ Chômeurs n'ayant jamais travaillé
- ☐ Inactifs divers

Autre information

Particulier employeur : OUI ☐ NON ☐

Numéro de compte URSSAF* _____