



PARTICIPATION

Club santé seniors M.G.E.N. 17

16 rue Eugène Freyssinet

17140 LAGORD

clubmgen17.fr

☎ 05 46 44 97 88

mgenclub17.sec@wanadoo.fr

À remplir pour toute **NOUVELLE INSCRIPTION** (inutile en cas de renouvellement)

1 - PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE

NOM (en capitales d'imprimerie) :

(Pour les femmes mariées, indiquer à la suite le nom de jeune fille)

Prénom :

Nom de j. fille

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Dernière fonction (cliquer sur la mention qui convient) :

Primaire

Secondaire

SUPérieur

Chef d'établissement

ATOS

Divers Éducation

Hors Éducation

Profession Territoriale

Retraité (e) depuis le :

***Adhérent(e) Mutuelle M.G.E.N.**

(*) (rayer les mentions inutiles)

***Conjoint non MGEN**

d'un(e) adhérent(e) MGEN

***Invité non MGEN**

Assurance Responsabilité civile :

M.A.I.F. R.A.Q.V.A.M :

N° de sociétaire :

Autre compagnie :

N° de police :

2 - ADRESSE

Rue :

Code postal :

Ville :

Tél. (R si liste rouge) :

Portable :

Email :

3 - MONTANT DE LA PARTICIPATION

7 € (pour les licenciés à la 2 F O P E N) ou 15 €

4 - MERCI DE FAIRE PARVENIR AU CLUB (e-mail, Poste, bureau...)

*** La présente demande**

À

le

*** Le coupon-réponse = tableau des activités envisagées**

Initiales :

*** 1 chèque établi à l'ordre de la M.G.E.N. (sans autre mention)**