



AMICALE SOCIO-EDUCATIVE DU PERSONNEL HOSPITALIER

Centre Hospitalier Comminges Pyrénées - B.P. 30183 - 31806 SAINT GAUDENS

☎ 05 62 00 40 69 – ✉ [amicale@ch-saintgaudens.fr](mailto:amicale@ch-saintgaudens.fr) - [www.amicalechcp.com](http://www.amicalechcp.com)

## FICHE ADHESION – Année 202\_\_

N° carte d'adhérent \_\_\_\_\_

1<sup>ère</sup> adhésion : \*\* J'atteste être dans l'établissement depuis plus de 6 mois

Renouvellement

\*Nom : \_\_\_\_\_ \*Prénom : \_\_\_\_\_

\*Service : \_\_\_\_\_ N° poste : \_\_\_\_\_ Personne Relai

\*Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ \*Téléphone portable : \_\_\_\_\_

\*Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**\*Nom et Prénom du conjoint :** \_\_\_\_\_

Le(a) conjoint(e) travaille-t-il(elle) au CH CP ?  Non  Oui : service : \_\_\_\_\_

**\*Ayants droits :** Enfants jusqu'à 18 ans (si étudiant, joindre photocopie certificat de scolarité)

Nom	Prénom	Date de naissance

**\*Mode de Règlement :**

Espèces  Chèque n° \_\_\_\_\_ Date du règlement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\* Mentions obligatoires – Merci d'écrire de façon lisible

\*\* Un justificatif peut vous être demandé

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur au dos de ce document et en accepter les termes.

Signature précédée de « Lu et approuvé »