

**DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS POUR CALCUL DES TRAITEMENTS A COMPLETER, DATER, SIGNER ET RETOURNER AU SERVICE DES FINANCES. MERCI.**

NOM : ……………………………….... PRENOM (S): ….……………………………..

ADRESSE : ………………………………………………………………………………..

CODE POSTAL : …………….. LOCALITE : …………………………………………..

LIEU DE NAISSANCE : ………………………………………………………………….

DATE DE NAISSANCE : …………………………………………………………………

NATIONALITE : ………………………………………………………………………….

PROFFESSION : ………………………………………………………………………….

SEXE : …………………………………………………………………………………….

ETAT CIVIL : …………………………………………………………………………….

EPOUX DE : ………………………………………………………………………………

DATE DE NAISSANCE : …………………………………………………………………

PROFESSION : ……………………………………………………………………………

TITULAIRE HANDICAPE :………………………………………………………………

NBRE ENFANTS HANDICAPES : ………………………………………………………

CONJOINT HANDICAPE : ………………………………………………………………

PERSONNE ISOLEE : ……………………………………………………………………

CONJOINT REMUNERE : ……………………………………………………………….

NBRE PERSONNES A CHARGE : ………………………………………………………

NBRE ENFANTS A CHARGE : ………………………………………………………….

NBRE PERSONNES HANDICAPES A CHARGE : ……………………………………..

N° DE REGISTRE NATIONAL : ………………………………………………………...

N° DE COMPTE BANQUE : ……………………………………………………………..

N° DE TELEPHONE OU GSM : ………………………………………………………….

ADRESSE E-MAIL : ……………………………………………………………………..

 DATE ET SIGNATURE