

**FICHE D'EMBAUCHE  
MACCS**

Centre Hospitalier Neurologique  
William Lennox

Travailleur n° : .....

Badge n° : .....

Dates de convention : Du.....au.....

Service : ..... Année d'assistantat : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : ..... Code Postal : .....

Lieu de naissance : ..... Date de naissance : le ...../...../.....

Nationalité : ..... N° de Téléphone Fixe : .....

Reg. National : ..... GSM : .....

Numero Inami : .....

Personne de contact en cas d'urgence : ( Nom+Numero).....

Carte d'identité n°.....

Mail Privé:.....

**N° DE COMPTE FINANCIER** : .....-.....-.....

**RENSEIGNEMENTS MUTUELLE**

Dénomination : ..... N° Inscription .....

**SITUATION FAMILIALE** :

ETAT CIVIL : Marié - Cohabitant – Cohabitant légal- Célibataire – Veuf – Divorcé – Séparé –

Conjoint ( si marié ou cohabitant légal) : A charge : OUI – NON

NOM : ..... PRENOM : .....

Lieu et date de naissance : .....

Situation professionnelle : Employé - Ouvrier - Indépendant

Enfants :

NOM	PRENOM	A CHARGE	DATE NAISSANCE	HANDICAP
		OUI – NON		OUI – NON
		OUI – NON		OUI – NON
		OUI – NON		OUI – NON
		OUI – NON		OUI – NON
		OUI – NON		OUI – NON