

Il vous appartient de :
 ➤ remplir cet imprimé,
 ➤ et l'envoyer à l'adresse suivante



**CNMSS
DIP/Service droits et
prestations hors de
France/ SDPHF
83090 TOULON CEDEX 9**

Numéro de sécurité sociale :

Nom : Prénom : né(e) le

Date début d'affectation : Date fin d'affectation :

Adresse en France

VOUS

Adresse (résidence, numéro d'appartement, numéro et nom de rue...)	.....	
		
		
Code postal	.....	Commune	.....
Adresse dans le pays d'affectation (civile - pas de secteur postal, pas de code armées)			
Adresse (résidence, numéro d'appartement, numéro et nom de rue...)	.....	
		
		
Pays d'affectation et code pays (code INSEE 99xxx)	.....	
Localité ou ville de résidence et code de la localité ou de la ville	.....	

Les personnes qui vous accompagnent :

VOTRE FAMILLE

NOM	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (conjoint, concubin, enfant...)	Activité (scolarisé, étudiant, salarié...)

Les personnes qui restent en France :

NOM	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (conjoint, concubin, enfant...)	Activité (scolarisé, étudiant, salarié...)

Adresse en France	.....	
		
		
Code postal	.....	Commune	.....

Date :

Signature :

La sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par les organismes de sécurité sociale peuvent être vérifiées dans le cadre de l'exercice du droit de communication réglementé par les articles L. 114-19 et suivants du code de la sécurité sociale.

Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (articles 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code pénal). La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel auprès de l'organisme destinataire du formulaire.