CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE (CNAMU)

BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DES MEMBRES DE LA FAMILLE À CHARGE

Numéro d'immatriculation de l'assuré cotisant : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Code : 2024-01-3

N°	NOM (S)	PRÉNOM (S)	M/F	DATES ET LIEUX DE NAISSANCE	TYPES DE DOCUMENTS D'IDENTIFICATION	RÉFÉRENCES DES DOCUMENTS D'IDENTIFICATION	LIENS (A)	STATUTS (B)
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

N°	NOM (S)	PRÉNOM (S)	M/F	DATES ET LIEUX DE NAISSANCE	TYPES DE DOCUMENTS D'IDENTIFICATION	RÉFÉRENCES DES DOCUMENTS D'IDENTIFICATION	LIENS (A)	STATUTS (B)
7.								
8.								
9.								
10.								

(A) Ecrire **1** pour Conjoint et **2** pour Enfant
(B) Ecrire **1** pour Enfant poursuivant des études supérieures, **2** pour Enfant handicapé et **3** pour Autre (À Préciser)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus mentionnées et l'authenticité des documents fournis

Fait à _____, le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

(Signature du déclarant)

CNAMU Directeur Général (DG)