



FICHE D'ADHESION ET DE RENSEIGNEMENT

NOM :

PRENOM(S):

NATIONALITE :

N°CNI :

ENTREPRISE :

DATE DE L'ACCIDENT :

N°CNPS :

N°SINISTRE :

Rentier : OUI NON

Montant de la rente :

	Oui	Non
En fonction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licencié (e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marié (e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Célibataire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nature des lésions.....

Siège des lésions.....

Date de la constatation de la maladie professionnelle.....

	Oui	Non
Avez-vous perçu votre IJ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été expertisé (e)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaissez-vous votre taux d'IPP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre rente est-elle majorée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre rente est-elle revalorisée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



FEDERATION IVOIRIENNE DES ACCIDENTES DE TRAVAIL ET MALADES PROFESSIONNELS POUR LA PREVENTION ET LE PROGRES

Oui Non

Avez-vous perçu votre rachat ?

Rachat Total : Partiel :

Continuez-vous à suivre les soins à la CNPS ?

Avez-vous perçu le fonds d'aide aux mutilés de travail de la CNPS ?

Avez-vous un projet de réinsertion ?

Voulez-vous être membre de la FIATM3P pour contribuer à l'amélioration des conditions de vie des AT/MP de la Côte d'Ivoire ?

Les prestations des médecins conseils de la CNPS sont-elles acceptables ?

Etes-vous bien soigné(e) par la CNPS ?

Avez-vous été reclassé (e) après la reprise de travail suite à l'AT/MP ?

Votre suggestion pour l'amélioration des conditions de vie des AT/MP de la CNPS :

Nombre d'enfants :
Ville :
Tél :
Cell :
Date d'adhésion :

Quartier :
Adresse :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom et prénom (s) : Contact :

Signature de l'adhérent	Signature de l'agent recenseur	Signature et cachet du Président ou du secrétaire général