





FOS-Agri



**بطاقة المعلومات الخاصة بانخراط متقاعدي  
قطاع الفلاحة**

Votre  
Photo  
ici

الاسم والنسب: .....		<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> انثى				
بطاقة التعريف الوطنية:	تاريخ و مكان الازدياد :					
الدرجة:	رقم التأجير:					
البريد الالكتروني:	الهاتف:					
<input type="checkbox"/> مطلق(ة)	<input type="checkbox"/> أرمل(ة)	<input type="checkbox"/> عازب(ة)	<input type="checkbox"/> متزوج(ة)			
تاريخ الإحالة على المعاش:	رقم المعاش:					
<input type="checkbox"/> تقاعد حتمي	<input type="checkbox"/> مغادرة طوعية	<input type="checkbox"/> تقاعد نسبي	<input type="checkbox"/> برسم حد السن			
العنوان الحالي:						
معلومات خاصة بالأبناء: (1) (2)						
بطاقة التعريف الوطنية بالنسبة للبالغين	المستوى الدراسي	تاريخ الازدياد	الجنس		الاسم والنسب (بالعربية و الفرنسية):	
			انثى	ذكر		
						01
						02
						03
						04
						05
						06

Photo ici	Photo ici	Photo ici	Photo ici	Photo ici	Photo ici
اسم الابن(ة) 6 :	اسم الابن(ة) 5 :	اسم الابن(ة) 4 :	اسم الابن(ة) 3 :	اسم الابن(ة) 2 :	اسم الابن(ة) 1 :

معلومات عن الزوج(ة) : (1)		صورة شمسية للزوجة
الاسم و النسب:		Nom et prénom :
رقم البطاقة الوطنية:	تاريخ الازدياد:	الزوج(ة) منخرط(ة) بالمؤسسة: لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
المهنة:	متقاعد(ة) <input type="checkbox"/>	المؤسسة المشغلة:
	موظف(ة) <input type="checkbox"/>	
	مستخدم(ة) <input type="checkbox"/>	
	بدون <input type="checkbox"/>	
	عمل حر <input type="checkbox"/>	

بتاريخ

حرف في

امضاء صاحب(ة) الطلب:

- (1) ارفاق كل وثيقة تثبت العلاقة الابوية او الزوجية.  
(2) ارفاق شهادة مدرسية للأبناء الذين تتراوح أعمارهم بين 21 و 26 سنة

ملاحظات:

- المرجو الادلاء بالاسم والنسب باللغتين العربية والفرنسية.
- يجب الادلاء بشهادة إدارية للكفالة في حالة وجود طفل مكفول.
- يجب الادلاء بشهادة طبية مسلمة من طرف طبيب عمومي او نسخة من تقرير اللجنة الطبية الإقليمية، تثبت نوعية الإعاقة في حالة وجود طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة.
- في حالة أن الزوج(ة) منخرط(ة) في إحدى المؤسسات للأعمال الاجتماعية لقطاع وزاري ما، المرجو ذكر اسم المؤسسة،





Date : .....

N° du dossier : .....

## Autorisation de précompte

Je soussigné :

NOM, Prénom : .....

N° CIN : .....

Numéro de la pension de retraite : .....

- 1- Autorise la CMR à communiquer à la FOS-AGRI la quotité disponible au précompte sur ma pension de retraite n° .....
- 2- Autorise la CMR à retenir, au profit de la FOS-AGRI un précompte mensuel selon le barème des cotisations d'adhésion arrêté par la FOS-Agri conformément à ses dispositions réglementaires
- 3- Adhère à la FOS-Agri pour une année minimum avec tacite reconduction d'année en année
- 4- Notifie une demande de fin d'adhésion à la FOS-Agri au moins 3 mois avant la fin de l'année

Dans le cas où la quotité disponible au précompte deviendrait insuffisante ou nulle ou dans le cas de suspension du paiement de ma pension, la CMR sursoit au précompte. Elle reprend le précompte initialement fixé dès que la quotité disponible de la pension redevient suffisante pour en couvrir le montant.

Si au bout de 3 mois, la quotité disponible au précompte restera insuffisante ou nulle ou dans le cas de suspension du paiement de ma pension, la FOS-Agri sera dans l'obligation de suspendre tous les droits de bénéfice des prestations.



Signature légalisée du bénéficiaire  
(Précédée de la mention : < lu et approuvé >)

