







## DEMANDE D’AFFILIATION

des petits armateurs de bateaux dont la jauge brute ne dépasse pas 5 tonneaux

(Régime de Sécurité Sociale institué par la loi n°2002-32 du 12 mars 2002  
et le décret n° 2002/916 du 22 avril 2002)

Nom de l’employeur : ..... Prénom : .....  
Nationalité : ..... Date et lieu de Naissance : .....  
Pièce d’identité N° : ..... type : ..... délivrée le : .....  
Adresse personnelle : .....  
Cité : ..... Imm n° ..... Appt n° .....  
Gouvernorat : ..... Délégation : .....  
Localité : ..... Code postal [ ][ ][ ][ ]  
Téléphone : ..... Fax : .....  
Qualité d ’exploitation (propriétaire ou locataire) : .....  
Port d’attache : .....

Je soussigné : .....,  
certifie que les déclarations ci-dessus sont sincères et exactes,  
demande mon affiliation à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale conformément aux dispositions de la  
loi n° 2002-32 du 12 mars 2002.  
et reconnais que la présente demande est reçue, par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale sous réserve  
par elle de vérifier si les conditions légales d’assujettissement se trouvent remplies.

Fait à ..... le .....

**Signature de l’Employeur**

### **IMPORTANT :**

Les employeurs sont tenus de :

- déposer la demande d’affiliation, au bureau régional ou local territorialement compétent ou auprès de l’un des organismes ou établissements liés par une convention avec la Caisse, dûment remplie et accompagnée de toutes les pièces exigées, dans le mois qui suit le recrutement du premier salarié.
- mentionner le numéro d’affiliation dans toute correspondance ou contact avec la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.
- faire immatriculer chaque salarié dans le mois qui suit son recrutement.
- déposer une déclaration nominative de salaires chaque trimestre et payer les cotisations correspondantes au plus tard dans le mois qui suit le trimestre échu (ou mensuellement ou à l’avance) au bureau régional ou local territorialement compétent ou auprès de l’un des organismes ou établissements liés avec la Caisse Nationale de Sécurité Sociale par une convention .





## DEMANDE D’AFFILIATION

(Régime de Sécurité Sociale institué par la loi n°2002-32 du 12 mars 2002  
et le décret n° 2002/916 du 22 avril 2002)

- L’Etat
- Les Collectivités Locales
- Les Etablissements Publics à Caractère Administratif

Organisme employeur : .....

Adresse : .....

Gouvernorat : ..... Délégation : .....

Localité : ..... Code postal 

--	--	--	--

Téléphone : ..... Fax : .....

Je soussigné : .....

demande en ma qualité de : .....

l’affiliation de l’organisme ci-dessus mentionné à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale conformément  
aux dispositions de la loi n° 2002-32 du 12 mars 2002.

Fait à ..... le .....

**Signature et cachet de l’organisme**

### **IMPORTANT :**

Les employeurs sont tenus de :

- déposer la demande d’affiliation, au bureau régional ou local territorialement compétent ou auprès de l’un des organismes ou établissements liés par une convention avec la Caisse, dûment remplie et accompagnée de toutes les pièces exigées, dans le mois qui suit le recrutement du premier salarié.
- mentionner le numéro d’affiliation dans toute correspondance ou contact avec la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.
- faire immatriculer tous les salariés remplissant les conditions prévues par la loi précitée à la cnss dans le mois qui suit leur recrutement.
- déposer une déclaration nominative de salaires chaque trimestre et payer les cotisations correspondantes au plus tard dans le mois qui suit le trimestre échu (ou mensuellement ou à l’avance) au bureau régional ou local territorialement compétent ou auprès des organismes ou établissements liés avec la Caisse Nationale de Sécurité Sociale par une convention .

Mettre une croix dans la case appropriée



**DEMANDE D'IMMATRICULATION**  
**des travailleurs salariés dans les secteurs agricole et non agricole**  
(Régime de Sécurité Sociale institué par la loi n°2002-32 du 12 mars 2002  
et le décret n° 2002/916 du 22 avril 2002)

- Personnes employées par l'Etat
- Personnes employées par les collectivités Locales
- Personnes employées par les Etablissements Publics à Caractère Administratif
- Employés de maison (aides de ménage, cuisiniers, jardiniers, chauffeurs...)
- Pêcheurs travaillant sur des bateaux dont la jauge brute ne dépasse pas 5 tonneaux.

<b>Partie à remplir par l'employeur</b>	Numéro d'affiliation : <input style="width: 100px;" type="text"/>
Date d'effet : .....	
Nom de l'Employeur : .....	
Adresse : .....	
_____	
Je soussigné : .....	
certifie en ma qualité de : .....	
que M(me) : .....	
est employé(e) à notre service en qualité de ..... depuis le <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Fait à ..... le .....	
Cachet	Signature

<b>Renseignements concernant le travailleur</b>
<b>Identité</b> (telle qu'elle figure sur l'extrait de naissance) :
Nom : ..... Prénom : .....
Prénom du père : ..... Prénom du grand père : .....
Nom de la mère : ..... Prénom de la mère : .....
Sexe : ..... Nationalité : .....
Date de naissance : <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Lieu : .....
<b>Acte de naissance</b> N° ..... Année : ..... Bureau d'Etat Civil : .....
Etat civil : Célibataire – Marié(e) – Divorcé(e) – Veuf(ve) <small>Barrer les mentions inutiles</small>
<b>Pièce d'identité</b> N° ..... type : ..... délivrée le : .....
<b>Adresse du domicile</b> : .....
Cité : ..... Imm n° ..... Appt n° .....
Gouvernorat : ..... Délégation : .....
Localité : ..... Code postal <input style="width: 20px;" type="text"/>
compte courant postal ou bancaire N° <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Numéro Assuré Social : à la CNSS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> à la CNRPS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>

<b>Le Conjoint</b>	Numéro d'Immatriculation à la CNSS <input type="text"/>
<b>Identité</b> (celle qu'elle figure sur l'extrait de naissance) :	
Nom : ..... Prénom : .....	
Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nationalité : .....	
Acte de naissance N° ..... Année : ..... Bureau d'Etat Civil : .....	
Pièce d'identité N° ..... type : ..... délivrée le : .....	
Lieu de résidence : Localité : ..... Code postal <input type="text"/>	
Profession : .....	
Numéro d'immatriculation à la CNRPS <input type="text"/>	

Les Enfants		Date de naissance			Sexe	Lieu de résidence	
Nom	Prénom	Jour	Mois	Année		Localité	Code postal
.....	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	.....	<input type="text"/>
.....	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	.....	<input type="text"/>
.....	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	.....	<input type="text"/>
.....	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	.....	<input type="text"/>
.....	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	.....	<input type="text"/>
.....	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	.....	<input type="text"/>

Les Parents à charge		Le père	La mère
<b>Identité</b> Selon l'extrait de naissance	Nom	.....	.....
	Prénom	.....	.....
	Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Lieu	.....	.....
<b>Pièce d'identité</b>	Numéro	.....	.....
	Type	.....	.....
	Délivrée le	.....	.....
	Nationalité	.....	.....
<b>Lieu de résidence</b> (localité et code postal)		..... <input type="text"/>	..... <input type="text"/>

Je soussigné....., travaillant chez (nom de l'employeur)..... en qualité de..... depuis le  au lieu de travail situé à l'adresse suivante : .....

• **déclare sur l'honneur** que les renseignements ci-dessus sont sincères et exacts, m'engage à informer la Caisse Nationale de tout changement de ma situation familiale ou professionnelle.

• **et demande mon immatriculation** aux régimes de Sécurité Sociale conformément aux dispositions de la loi n°2002-32 du 12 mars 2002.

Fait à ..... le .....  
Signature