

**FORMULAIRE DE FIABILISATION DES DOSSIERS
DE LA RÉSERVE OPERATIONNELLE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES**

A retourner au :
BCAPMSSA
Section administration des réserves
BCRM TOULON - BP 601
83000 TOULON CEDEX 09

accompagné des pièces suivantes :

- dernier avis d'imposition
- déclaration sur l'honneur jointe
- justificatifs éventuels correspondants aux différentes rubriques ci-dessous.

ADMINISTRE - ETAT CIVIL

Nom patronymique :

Nom marital :

Prénoms :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

ADRESSE

➤ **Principale :**

Depuis le :

➤ **Fiscale :**

Depuis le :

Adresse électronique :

Téléphone :

Portable :

☞ *Joindre un justificatif en cas de changement.*

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

☐ Retraité

☐ Profession libérale ou indépendante

☐ Fonctionnaire ou assimilé *

☐ Autres

☐ Salarié secteur privé

(*) ☞ *Joindre le bulletin de salaire ou de solde*

SITUATION MILITAIRE

Ex-actif :

Date du service militaire :

Date d'entrée en service actif :

Date de radiation des contrôle de l'active :

Affectation dans la réserve :

Organisme de gestion : **DRSSA de**

Unité d'emploi :

PARTIE FAMILIALE

Je suis :

☐ Célibataire

☐ Pacsé(e)

☐ En concubinage

☐ Marié(e)

☐ Divorcé(e)

☐ Veuf(ve)

☐ Séparé(e) de fait

☐ Séparé(e) judiciaire

Depuis le :

☞ **Si vous ne l'avez pas déjà fait, merci de joindre :**

- acte de mariage,
- jugement de divorce,
- dissolution du pacs ou tout document justifiant la séparation,
- copie du livret de famille.

CONJOINT

Nom patronymique :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance :

Activité professionnelle : ☐ oui ☐ Non

Si oui : ☐ Militaire *

Grade :

Numéro identifiant défense :

☐ Fonctionnaire ou assimilé *

☐ Salarié secteur privé

☐ Profession libérale ou indépendante

☐ Autres

Depuis le :

(*) ☞ Joindre le bulletin de salaire ou de solde.

ENFANTS ET AUTRES PERSONNES A CHARGE

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	QUALITE	SITUATION	A CHARGE	
					Prestations familiales	fiscale

☞ Joindre le certificat de scolarité pour les enfants de 16 à 25 ans scolarisés.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES EVENTUELLES

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts et je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant ma situation.

A _____, le _____

Signature obligatoire

Nota : Ce document sera inséré au SiRèM. Vous devrez le compléter et le transmettre au BCAPMSSA au mois de novembre, si votre situation fiscale a changé (famille, personnes à charge) OU si vous avez des enfants scolarisés.

RESERVE AU BCAPMSSA Section Administration des réserves

Reçu le :

Documents fournis :

Traité le :

par :