



**ATTESTATION**  
**RELATIVE A L'ASSUJETTISSEMENT**  
**A L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE OBLIGATOIRE**

*(A remettre sans délai à votre organisme assureur)*

**Identification du chômeur**

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro de registre national : ..... - ..... - .....

Date de naissance : ... / ... / .....

Rue : ..... N° : ..... Bte : .....

Code Postal : ..... Localité : .....

La personne précitée a la qualité de chômeur contrôlé depuis le ... / ... / .....

Sceau de la CAPAC ou du Syndicat :

Certifié sincère et véritable,

Date : ... / ... / .....

Nom et signature du responsable :