

**GROUPEMENT NATIONAL DES ANCIENS SAPEURS POMPIERS DE PARIS**

**Commission entraide solidarité**

**CONFIDENTIEL**

**ENQUETE SOCIALE\***

**Groupement** :……………………………………

**Bénéficiaire de la demande** : **Nom** :…………………………….….**Prénom** :………………

Date de naissance :…………………………

N°Fédéral de l’adhérant :………………………..

Adresse : …………………………………………………………………………………………………

Code Postal :…………………...Ville : ………………………………………………………

Téléphone : Fixe :……………………………………Mobile :……………………… ………

e-maîl :………………………………………… ………

**Renseignements concernant les organismes assurances :** \*(obligatoire)

Nom et adresse de l’assurance obligatoire : ………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………

Nom de l’assurance complémentaire :…………………….Adresse de l’organisme : …………………………………………………………….. N° tel:……………………

N° Adhérent :…………………………..

**Situation professionnelle, militaire, associative :** \*(facultatif)

Profession du bénéficiaire si ce dernier n’est pas l’adhérant : ………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

Service à la B.S.P.P. date d’incorporation :…/…/…Date de radiation : …/…/… Dernier grade………………

Adhérant à la FNASPP ou GNASPP depuis le :…./…./…Membre de l’ADOSSPP OUI NON

Membre de la mutuelle OUI NON

Position de l’adhérant : En activité :………………………………………………………

En retraite depuis le :…………………………………………….

En maladie depuis le :……………………………………………

En accident du travail depuis le :……………………………….. \*informations facultatives ou obligatoires

**Liaisons :** l’Intéressé est-il titulaire de : 1° Légion d’honneur : OUI NON --- 2° l’Ordre National du Mérité : OUI NON

3° Adhérent aux Gueules cassées : OUI NON

SITUATION FAMILIALE\*(obligatoire) Orphelin, Célibataire, Vie maritale, Marié, Veuf veuve, Divorcé,  Remarié

COMPOSITION DU FOYER \*(obligatoire) parents, enfants et toutes personnes vivant au foyer ou hors foyer

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| lien de parenté | Nom | Prénom | Date/lieu naissance | Profession/école | Adresse si diff  Demandeur | Coordonnées établissement travail ou scolaire | Salaire mensuel |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Une image contenant table

Description générée automatiquement

**EXPOSE GENERAL DE LA SITUATION FAMILIALE\***

\* l’avis du président est d’une grande valeur (préciser le maximum de renseignements si un état par un A.S. a été effectué en transmettre une copie..

**Signature et tampon du président de groupement fait à…………………………le………………………..**

(Tampon obligatoire)

**Ce document est autorisé par la CNIL sous le n° 1832024v1 en date du 3/02/15**

**Rappel :**

**Cette enquête fera l’objet d’un fichier strictement confidentiel et ne sera pas communiqué à des tiers**

**Conformément à la loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d’un droit d’accès et de rectification des données vous concernant, pouvant s’exercer auprès du correspondant**

**informatique et libertés du GNASPP. Les données collectées font l’objet d’un traitement informatique pour permettre au GNASPP d’octroyer et de gérer les demandes de secours et dans ce cadre elles sont**

**indispensables à cet effet.**

**Cochez la case correspondante :**

**je ne suis pas opposé à ce que les informations communiquées dans cette enquête fasse l’objet d’un traitement.**

**je m’oppose expressément au traitement des informations données**

G.N.A.S.P.P. – 39 Boulevard Bourdon - 75004 PARIS Tél : 01 85 81 05 77

**Association déclarée à la Préfecture de Police le 1er juillet 1958 sous le n° 58/649**

Siret n°784 719 155 00029 - Code APE 9499Z