

4, rue Paul Eluard
76300 SOTTEVILLE LES ROUEN

N° Tél. : 02-32-95-11-49

N° Fax : 02-32-95-11-70

[section.sante.rouvray@
fraternelle-interentreprises.fr](mailto:section.sante.rouvray@fraternelle-interentreprises.fr)

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

CHANGEMENT DE GROUPE

N° adhérent : _____

Nom et prénom : _____

GROUPE ACTUEL

- Agent **titulaire** ou **stagiaire**
- Agent **auxiliaire** ou **contractuel**
- Médecin** du C.H. du Rouvray
- Interne** du C.H. du Rouvray
- Assistante maternelle** ou **famille d'accueil**
- Elève étudiant** de l'I.F.S.I.
- Elève rémunéré** de l'I.F.S.I.
- Agent du **Bois Petit**
- Agent **retraité** du C.H. du Rouvray
- Ancien personnel, descendant** ou **collatéral**
- Salarié** de la Section Santé Rouvray

NOUVEAU GROUPE

- Agent **titulaire** ou **stagiaire**
- Agent **auxiliaire** ou **contractuel**
- Médecin** du C.H. du Rouvray
- Interne** du C.H. du Rouvray
- Assistante maternelle** ou **famille d'accueil**
- Elève étudiant** de l'I.F.S.I.
- Elève rémunéré** de l'I.F.S.I.
- Agent du **Bois Petit**
- Agent **retraité** du C.H. du Rouvray
- Ancien personnel, descendant** ou **collatéral**
- Salarié** de la Section Santé Rouvray

*J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document et m'engage à signaler toute modification.
Toute fausse déclaration entraînera la radiation immédiate et le remboursement des sommes indûment perçues.
J'atteste avoir été informé du montant de la cotisation correspondant à mon nouveau groupe.*

Le :

Signature du membre participant précédée de la mention
"Lu et approuvé"