

VOS COORDONNÉES

ÊTES-VOUS ADHÉRENT AIR ASSURANCES : OUI NON

NOM PRÉNOM

NUMERO RUE

CODE POSTAL VILLE FRANCE PAYS

TÉLÉPHONE EMAIL

DATE DE NAISSANCE DATE D'EMBAUCHE

SITUATION FAMILIALE NOMBRE D'ENFANT DE MOINS DE 21 ANS À CHARGE

SITUATION PROFESSIONNELLE

EMPLOYEUR S'AGIT-IL D'UNE COMPAGNIE AÉRIENNE FRANÇAISE EUROPÉENNE INTERNATIONALE

QUALIFICATION PROFESSIONNELLE (COMMANDANT DE BORD, CO-PILOTE)

TYPE DE LICENCE LICENCE JAR OUI NON

RENOUËLEMENT DE VOTRE APTITUDE MÉDICALE CEMPN (AeMC) OUI NON MÉDECIN AGRÉÉ (AME) OUI NON

SI RENOUËLEMENT D'APTITUDE DANS UN PAYS EUROPÉEN OU HORS COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE : PAYS

CDI OUI NON DATE D'EMBAUCHE

CDD OUI NON DATE D'EMBAUCHE DATE DE FIN

SECTEUR D'ACTIVITÉ COURT COURRIER LONG COURRIER MOYEN COURRIER

SALAIRE BRUT MENSUEL EUROS 12 MOIS 13 MOIS

SALAIRE BRUT ANNUEL EUROS

TAUX D'ACTIVITÉ : 100 % OUI NON SI TEMPS ALTERNÉ %

MOIS D'INACTIVITÉ : COCHER LES CASES CORRESPONDANTES AU MOIS OFF

MOIS D'INACTIVITÉ (OFF) JANVIER FEVRIER MARS AVRIL MAI JUIN JUILLET AOÛT SEPTEMBRE OCTOBRE NOVEMBRE DÉCEMBRE

SIGNATURE FAIT À LE