



## BULLETIN D'ADHÉSION AU CASIPP

Je soussigné(e),

**Nom de l'agent** : ..... **Prénom** : .....

**Nom de naissance** : .....

**Date et lieu de naissance** : .....

**Numéro de sécurité sociale** : .....

**Adresse** : .....

**N° téléphone** : .....

**E-mail** : .....

**Nom – Prénom du Conjoint** : .....

**Date de naissance du conjoint** : .....

**Situation familiale** :  Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  
 Union Libre  Célibataire  Veuf (ve)

**Enfant(s) mineurs à charge de l'adhérent** :

NOM : ..... Prénom : .....né(e) le.....

**Collectivité** :  MAIRIE DE PAU  CDA  CCAS  PAU BEARN HABITAT  
 AUTRES MAIRIES : .....

Date entrée dans la collectivité : .....

Service : .....

**J'atteste avoir demandé mon inscription au C.A.S.I.P.P. à compter du : .....**

Donne mon accord au prélèvement sur salaire par l'intermédiaire d'un précompte des cotisations dues au titre de mon adhésion au C.A.S.I.P.P., et je m'engage à adhérer au CASIPP pour une durée obligatoire de 24 mois tacitement reconductibles.

Pour faire valoir ce que de droit.

Fait à Pau, le : .....

Porter la mention "lu et approuvé" :

.....  
Signature .....

**Par décision du C.A. du 24/10/2023, un stage (Période de Carence) de 3 mois est obligatoire pour tout nouvel adhérent à compter de la date d'adhésion avant qu'il puisse bénéficier des prestations du CASIPP.**