





CAISSE NATIONALE DE RETRAITES  
DES AGENTS DES COLLECTIVITES LOCALES

ETABLISSEMENT DE BORDEAUX

DIRECTION DES GESTIONS MUTUALISÉES  
SERVICE RECOUVREMENT - IMMATRICULATION  
Références à rappeler : PPMR22

Téléphone : 05 57 57 91 91  
Télécopie : 05 62 27 80 28  
Courriel : cellule.immatriculation@caissedesdepots.fr

## DOSSIER D’AFFILIATION FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

**A COMPLETER UNIQUEMENT POUR LE 1<sup>ER</sup> AGENT AFFILIALE**

### IMPORTANT

Ce dossier d'affiliation est à compléter **OBLIGATOIREMENT** pour le **1<sup>er</sup> agent recruté** par l'employeur (sauf pour les agents détachés).  
Il doit **OBLIGATOIREMENT** être joint au dossier d'immatriculation.

Toutes les zones sont à remplir obligatoirement (Voir notice d'aide au remplissage)

### A. IDENTIFICATION DU 1ER AGENT AFFILIALE

<b>A1</b>	<b>AFFILIATION OU MUTATION :</b>	Date d'entrée dans la collectivité demandeuse :	_ _   _ _   _ _   _ _
<b>A2</b>		Date d'effet de l'affiliation dans la collectivité demandeuse :	_ _   _ _   _ _   _ _
<b>A3</b>		Date de 1 <sup>ère</sup> cotisation au sein de la collectivité demandeuse :	_ _   _ _   _ _   _ _
<b>A4</b>		<i>si mutation</i> : Date de radiation des cadres de la collectivité précédente :	_ _   _ _   _ _   _ _
<b>A5</b>		SIRET de la collectivité précédente :	_ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _
<b>A6</b>	<b>LIBELLE DU GRADE :</b>	_ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _	

### B. ETAT CIVIL DE L'AGENT

<b>B1</b>	NIR Agent :	_ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _	Clé :	_ _
<b>B2</b>	Nom patronymique :	_ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _		
<b>B3</b>	Nom d'usage : <i>(facultatif)</i>	_ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _		
<b>B4</b>	Nom marital :	_ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _		
<b>B5</b>	Prénoms usuels :	_ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _		
<b>B6</b>	Date de naissance :	_ _   _ _   _ _   _ _		
<b>B7</b>	Commune de naissance : <i>(si né en France)</i>	_ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _		
<b>B8</b>	Nationalité à la date d'effet de l'affiliation :	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> EUE <input type="checkbox"/> EEE <input type="checkbox"/> EHE <small>Etranger Union Economique      Etranger Espace Economique Européen      Etranger hors Espace Economique Européen</small>		
<b>B9</b>	Pays de naissance : <i>(si né hors de France)</i>	_ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _		
<b>B10</b>	Adresse complète :	_ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _		
		_ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _		
		_ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _		
	Code Postal	_ _   _ _	Ville	_ _   _ _   _ _   _ _   _ _

