

**DEMANDE D'IMMATRICULATION D'UN TRAVAILLEUR**  
notice explicative

**Qui doit établir cette déclaration ?**

En application des articles L 312-1, R 312-4, R 312-5, R 312-6 du Code de la Sécurité Sociale, L'EMPLOYEUR est tenu de déclarer **DANS LES 8 JOURS** qui suivent la date d'embauche, toute personne **NON IMMATRICULEE** au régime général de la Sécurité Sociale, salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit pour le compte de celui-ci.

**REMARQUE :**

*La présente déclaration doit être établie, chaque fois que le travailleur n'est pas en mesure de présenter une carte d'immatriculation (ou une carte d'assuré social).*

**Où l'adresser ?**

Cette déclaration doit être effectuée auprès de la caisse de résidence habituelle de la personne employée.

**Comment doit-elle être établie ?**

Les renseignements concernant l'état civil du travailleur doivent être rigoureusement conformes à un DOCUMENT OFFICIEL D'IDENTITE, par exemple :

- extrait d'acte de naissance,
- livret de famille régulièrement tenu à jour,
- carte nationale d'identité ou passeport en cours de validité,
- titre de séjour.

**IMPORTANT :**

*L'IDENTIFICATION COMPLETE ET LISIBLE de chaque salarié, LE REMPLISSAGE CORRECT ET CLAIR de l'imprimé, évitent le risque, pour les salariés, d'être lésés dans leurs droits sociaux et pour les employeurs d'être importunés par des demandes de renseignements de l'administration.*

**Cas particuliers**

● **Travailleur déjà immatriculé à la Sécurité Sociale**

Si celui-ci résidait précédemment dans la circonscription d'une autre caisse, il convient de l'inviter à faire une déclaration de changement de résidence auprès de son organisme d'assurance maladie.

● **Travailleur né hors de France métropolitaine.**

Dans ce cas, qu'il soit de nationalité française ou étrangère, joindre la photocopie d'une pièce d'état civil, ou tout autre document officiel d'identité comportant, dans toute la mesure du possible, la filiation de l'intéressé.

● **Ressortissants de l'Espace Economique Européen (E.E.E.)**

Ils ne sont pas soumis à une autorisation de travail.  
Les pays membres de l'EEE : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Grèce, Irlande, Islande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume Uni, Suède.

Pour justifier de leur identité et de leur nationalité,

ils doivent présenter tout document prouvant leur qualité de ressortissant de l'E.E.E. tels que carte d'identité, passeport en cours de validité, livret de famille ..

● **Autres travailleurs de nationalité étrangère**

Il convient de vérifier, avant l'embauche, que le travailleur est autorisé à exercer une activité professionnelle salariée et lui demander de produire, selon sa nationalité, le titre de séjour ou (et) de travail dont il est titulaire pour l'exercice d'une profession salariée en France métropolitaine, principalement : carte de résident, carte de séjour temporaire portant la mention "salarié", certificat de résidence de ressortissant algérien (portant la mention "salarié" lorsque sa durée n'est pas supérieure à un an), autorisation provisoire de travail, le récépissé de demande de titre de séjour portant la mention "il autorise son titulaire à travailler"

*Pour tous renseignements complémentaires, adressez-vous à la préfecture, à la direction départementale du travail et de l'emploi (ou à l'inspection du travail).*

**Comment est constitué un numéro d'immatriculation ?**

UN ASSURE SOCIAL EST CONNU PAR :

● son identité (nom de naissance, prénom, date et lieu de naissance)

(ET)

● son numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale.

1	1	0	0	3	5	0	2	5	0	0	5	2	2
sexe		année		mois		départ.		commune		n° d'ordre		clé de contrôle	
				de naissance				(attribué par l'INSEE)					

(2 : pour la femme)

Les volets 1, 2 et 3 doivent être envoyés à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de résidence habituelle du travailleur, l'employeur conserve le volet 4.


**DEMANDE D'IMMATRICULATION D'UN TRAVAILLEUR**

(articles L 312-1, R 312-4, R 312-5, R 312-6 du Code de la Sécurité Sociale)

**RESERVE C.P.A.M.**

C.P.A.M.	N° de document	CRAM	EEE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
REGIME PRINCIPAL	Date d'effet		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
C.P.A.M. Prestataire	Centre de paiement		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**TRAVAILLEUR**

**IDENTITE**  Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom de naissance   
*(en majuscules d'imprimerie)*

Prénoms   
*(dans l'ordre de l'état civil)*

Nom d'époux   
*(en majuscules d'imprimerie)*

Sexe  Masculin  Féminin Nationalité :  Française  E.E.E.   Autre Réservé CPAM

Date de naissance    Commune de naissance  N° départ.  N° commune ou pays de naissance

Jour Mois An *(pour Paris, Lyon et Marseille indiquer l'arrondissement)*

**RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS**

● **TRAVAILLEUR NE HORS DE FRANCE METROPOLITAINE** (qu'il s'agisse de personne de nationalité française ou étrangère)

Pays de naissance du travailleur  Commune

Nom de naissance du père  1<sup>er</sup> Prénom

Nom de naissance de la mère  1<sup>er</sup> Prénom

● **RESSORTISSANT DE L'E.E.E.**

Préciser le numéro d'immatriculation dans le pays de nationalité

● **AUTRES TRAVAILLEURS DE NATIONALITE ETRANGERE** (voir cas particuliers dans la notice explicative) :

Certificat de résidence N°   Carte de séjour N°   autorisation provisoire de travail N°

**ADRESSE**

*(éléments d'adresse complémentaires : villa, lieu-dit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)*

N°  Voie   
*(R. rue, BD boulevard, AV avenue, PL place, SQ square, CH chemin)*

Commune   
*(à indiquer si elle est différente du bureau distributeur)*

Code postal  Bureau distributeur

**EMPLOI**

● Date d'embauche    Lieu de travail   
Jour Mois An

● Emploi du travailleur  N° d'immatriculation agricole (le cas échéant)

● Lien de parenté éventuel entre le salarié et l'employeur   
*(afin de déterminer le régime d'affiliation)*

● Réservé aux employeurs occupant du personnel doté d'un statut de droit public : S'agit-il d'un agent titulaire ?  Oui  Non

**EMPLOYEUR**

**IDENTITE** *(ne pas utiliser de cachet)*

N° SIRET  Code APE

Nom ou raison sociale

**ADRESSE**

*(éléments d'adresse complémentaires : villa, lieu-dit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)*

N°  Voie   
*(R. rue, BD boulevard, AV avenue, PL place, SQ square, CH chemin)*

Commune   
*(à indiquer si elle est différente du bureau distributeur)*

Code postal  Bureau distributeur

Certifié exact à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature :

**DEMANDE D'IMMATRICULATION D'UN TRAVAILLEUR**

(articles L 312-1, R 312-4, R 312-5, R 312-6 du Code de la Sécurité Sociale)

**RESERVE C.P.A.M.**

C.P.A.M.	N° de document	CRAM	EEE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
REGIME PRINCIPAL	Date d'effet		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
C.P.A.M. Prestataire	Centre de paiement		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**TRAVAILLEUR**

<b>IDENTITE</b>	<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Mademoiselle
Nom de naissance	<input type="text"/>		
	<i>(en majuscules d'imprimerie)</i>		
Prénoms	<input type="text"/>		
	<i>(dans l'ordre de l'état civil)</i>		
Nom d'époux	<input type="text"/>		
	<i>(en majuscules d'imprimerie)</i>		
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> E.E.E. <input type="checkbox"/> Autre
Date de naissance	<input type="text"/>	Commune de naissance	<input type="text"/>
	Jour Mois An <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(pour Paris, Lyon et Marseille indiquer l'arrondissement) <input type="text"/>	N° départ. <input type="text"/> N° commune ou pays de naissance <input type="text"/>

**RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS**

- **TRAVAILLEUR NE HORS DE FRANCE METROPOLITAINE** (qu'il s'agisse de personne de nationalité française ou étrangère)
 

Pays de naissance du travailleur	<input type="text"/>	Commune	<input type="text"/>
Nom de naissance du père	<input type="text"/>	1 <sup>er</sup> Prénom	<input type="text"/>
Nom de naissance de la mère	<input type="text"/>	1 <sup>er</sup> Prénom	<input type="text"/>
- **RESSORTISSANT DE L'E.E.E.**  
 Préciser le numéro d'immatriculation dans le pays de nationalité
- **AUTRES TRAVAILLEURS DE NATIONALITE ETRANGERE** (voir cas particuliers dans la notice explicative) :
 

<input type="checkbox"/> Certificat de résidence	N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Carte de séjour	N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> autorisation provisoire de travail	N° <input type="text"/>
--	-------------------------	--	-------------------------	---	-------------------------

**REPOSE INSEE**

N° d'inscription au répertoire + clé de contrôle	<input type="text"/>
Jour de naissance	<input type="text"/>
1 <sup>ère</sup> immatriculation	<input type="text"/>
Observations	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

## DEMANDE D'IMMATRICULATION D'UN TRAVAILLEUR

(articles L 312-1, R 312-4, R 312-5, R 312-6 du Code de la Sécurité Sociale)

## RESERVE C.P.A.M.

C.P.A.M.	N° de document	CRAM	EEE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
REGIME PRINCIPAL	Date d'effet		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
C.P.A.M. Prestataire	Centre de paiement		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

## TRAVAILLEUR

<b>IDENTITE</b>	<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Mademoiselle
Nom de naissance	<input type="text"/>		
	<i>(en majuscules d'imprimerie)</i>		
Prénoms	<input type="text"/>		
	<i>(dans l'ordre de l'état civil)</i>		
Nom d'époux	<input type="text"/>		
	<i>(en majuscules d'imprimerie)</i>		
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> E.E.E. <input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/> Réservé CPAM
	Commune de naissance	N° départ.	N° commune ou pays de naissance
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<i>(pour Paris, Lyon et Marseille indiquer l'arrondissement)</i>		

## RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

- **TRAVAILLEUR NE HORS DE FRANCE METROPOLITAINE** (qu'il s'agisse de personne de nationalité française ou étrangère)
 

Pays de naissance du travailleur	Commune
<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Nom de naissance du père  1<sup>er</sup> Prénom
- Nom de naissance de la mère  1<sup>er</sup> Prénom
- **RESSORTISSANT DE L'E.E.E.**

Préciser le numéro d'immatriculation dans le pays de nationalité
- **AUTRES TRAVAILLEURS DE NATIONALITE ETRANGERE** (voir cas particuliers dans la notice explicative) :
 

<input type="checkbox"/> Certificat de résidence	N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Carte de séjour	N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> autorisation provisoire de travail	N° <input type="text"/>
--	-------------------------	--	-------------------------	---	-------------------------

## ADRESSE

*(éléments d'adresse complémentaires : villa, lieu-dit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)*

N°  Voie

*(R. rue, BD boulevard, AV avenue, PL place, SQ square, CH chemin)*

Commune

*(à indiquer si elle est différente du bureau distributeur)*

Code postal  Bureau distributeur

## NOTIFICATION D'IMMATRICULATION

Nous, vous informons que le travailleur désigné ci-dessus, pour lequel vous avez fait une déclaration d'emploi,

a déjà été immatriculé

est immatriculé à compter du

*(Jour Mois An)*

Sous le numéro

*Ce numéro est à rappeler dans toute correspondance*

## EMPLOYEUR

**IDENTITE**  *(ne pas utiliser de cachet)*

N° SIRET  Code APE

Nom ou raison sociale

**ADRESSE**

*(éléments d'adresse complémentaires : villa, lieu-dit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)*

N°  Voie

*(R. rue, BD boulevard, AV avenue, PL place, SQ square, CH chemin)*

Commune

*(à indiquer si elle est différente du bureau distributeur)*

Code postal  Bureau distributeur

Certifié exact à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature :

**DEMANDE D'IMMATRICULATION D'UN TRAVAILLEUR**

(articles L 312-1, R 312-4, R 312-5, R 312-6 du Code de la Sécurité Sociale)

**RESERVE C.P.A.M.**

C.P.A.M.	N° de document	CRAM	EEE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
REGIME PRINCIPAL	Date d'effet		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
C.P.A.M. Prestataire	Centre de paiement		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**TRAVAILLEUR**

**IDENTITE**  Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom de naissance   
*(en majuscules d'imprimerie)*

Prénoms   
*(dans l'ordre de l'état civil)*

Nom d'époux   
*(en majuscules d'imprimerie)*

Sexe  Masculin  Féminin Nationalité :  Française  E.E.E.   Autre Réservé CPAM

Date de naissance    Commune de naissance  N° départ.  N° commune ou pays de naissance

Jour Mois An (pour Paris, Lyon et Marseille indiquer l'arrondissement)

**RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS**

● **TRAVAILLEUR NE HORS DE FRANCE METROPOLITAINE** (qu'il s'agisse de personne de nationalité française ou étrangère)

Pays de naissance du travailleur  Commune

Nom de naissance du père  1<sup>er</sup> Prénom

Nom de naissance de la mère  1<sup>er</sup> Prénom

● **RESSORTISSANT DE L'E.E.E.**

Préciser le numéro d'immatriculation dans le pays de nationalité

● **AUTRES TRAVAILLEURS DE NATIONALITE ETRANGERE** (voir cas particuliers dans la notice explicative) :

Certificat de résidence N°   Carte de séjour N°   autorisation provisoire de travail N°

**ADRESSE**

*(éléments d'adresse complémentaires : villa, lieu-dit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)*

N°  Voie   
*(R. rue, BD boulevard, AV avenue, PL place, SQ square, CH chemin)*

Commune   
*(à indiquer si elle est différente du bureau distributeur)*

Code postal  Bureau distributeur

**EMPLOI**

● Date d'embauche    Lieu de travail   
Jour Mois An

● Emploi du travailleur  N° d'immatriculation agricole (le cas échéant)

● Lien de parenté éventuel entre le salarié et l'employeur   
*(afin de déterminer le régime d'affiliation)*

● Réservé aux employeurs occupant du personnel doté d'un statut de droit public : S'agit-il d'un agent titulaire ?  Oui  Non

**EMPLOYEUR**

**IDENTITE**  (ne pas utiliser de cachet)

N° SIRET  Code APE

Nom ou raison sociale

**ADRESSE**

*(éléments d'adresse complémentaires : villa, lieu-dit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)*

N°  Voie   
*(R. rue, BD boulevard, AV avenue, PL place, SQ square, CH chemin)*

Commune   
*(à indiquer si elle est différente du bureau distributeur)*

Code postal  Bureau distributeur

Certifié exact à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature :