

**DECLARATION INITIALE DE PRISE EN COMPTE D'UN MILITAIRE DE RESERVE (1)****I – RENSEIGNEMENTS D'IDENTITE**NOM :  Prénoms : N° INSEE : Profession (2) :  Fonctionnaire : Oui  Non Nom et adresse de l'employeur :   
Situation de famille (3) : Pour les militaires mariés, situation du conjoint (4) : salarié  non salarié Nom et adresse de l'employeur du conjoint :   
Montant mensuel des revenus du conjoint (5) :  €

Nombre d'enfants à charge (6) :

- Au sens des prestations familiales (7) : - Au sens de la législation fiscale (8) : Adresse complète :   
**II – RENSEIGNEMENTS A CARACTERE MILITAIRE (9)**Identifiant défense : Grade (en toutes lettres) :  à compter du : Durée du service légal accompli (10) :  an(s)  mois  jour(s)Durée des services actifs accomplis (à l'exception des périodes de réserve) :  an(s)  mois  jour(s)**Joindre une copie du dernier bulletin de solde (ex-active)**Diplômes ou brevets militaires détenus (11) : Titulaire d'une pension militaire de retraite : Oui  Non Organisme d'administration (12) : **4<sup>ème</sup> RCH - GAP** Code "CTAC" (14) : **0 5 0 5 0 4**Formation d'emploi (13) (affectation) : **4<sup>ème</sup> RCH - GAP** Code "CTAC" (14) : **0 5 0 5 0 4**Code "CRE" (SEA-AUT) (15) : **CFT 17 005****III – COORDONNEES BANCAIRES OU POSTALES (16)**

Code établissement Code guichet N° de compte Clé RIB ou RIP

   Nom et adresse de l'établissement bancaire ou postal :   

L'intéressé(e), soussigné(e)

- certifie l'exactitude de la déclaration ci-dessus (toute fausse déclaration l'exposant aux pénalités prévues par les lois en vigueur) ;
- s'engage à signaler sans délai à son organisme payeur, toutes modifications dans sa situation familiale, professionnelle ou militaire ;
- reconnaît avoir été informé(e) que son CTAC est le seul organisme habilité à procéder au paiement de ses rémunérations et de ses frais de déplacement.

A **GAP**, le 

Signature de l'intéressé(e) :

Cachet et signature du commandant  
de l'organisme d'administration