



Votre dossier d'adhésion

Vous avez besoin d'aide pour compléter votre dossier d'adhésion ? Contactez-nous au +33 (0)1 44 20 48 77.

BULLETIN D'ADHÉSION

Adhérent

Titre: Mademoiselle Madame Monsieur

Nom: _____ Prénom: _____

Né(e) le: __/__/____ Nationalité: _____

Profession: _____

Autres personnes à assurer

		NOM, PRÉNOM		SEXE (F/M)	DATE DE NAISSANCE JJ / MM / AAAA
CONJOINT					__/__/____
ENFANT À CHARGE*	1				__/__/____
	2				__/__/____
	3				__/__/____

*L'âge de vos enfants est limité à 20 ans ou à 25 ans inclus, s'ils poursuivent leurs études.

Attention, la prime est calculée sur la base de l'âge de l'assuré(e), ou du conjoint si celui-ci est plus âgé.

Vos coordonnées

Tél. domicile: _____ Tél. portable: _____

E-mail (pour recevoir les alertes de remboursement): _____ @ _____

E-mail (pour recevoir les appels de cotisation): _____ @ _____

Adresse d'expédition (pour votre dossier d'adhésion et vos décomptes de remboursement):

Nom et adresse d'expédition des appels de cotisation (si différente de l'adresse ci-dessous):



Votre contrat d'assurance

- Date de début d'adhésion souhaitée (*sous réserve d'acceptation*) :
- le 1^{er} jour qui suit la réception du bulletin d'adhésion à l'ASFE
- une date ultérieure: __ / __ / ____
- Votre couverture: Individuelle Famille 1 adulte + 1 enfant
- Votre pays d'expatriation: _____

		Santé simple	Santé + Assistance médicale / rapatriement	Santé + Assistance médicale / rapatriement + Package Prévoyance (< 55 ans*)	Cotisations trimestrielles**
FIRST'EXPAT	Indice 30 Base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Indice 30 Base + option	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Indice 40 Base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Indice 40 Base + option	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Indice 50 Base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Indice 50 Base + option	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Indice 60 Base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Indice 60 Base + option	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
Total 1					€

		Montant choisi	Cotisations trimestrielles*
PRÉVOYANCE À LA CARTE (< 60 ANS*)	<input type="checkbox"/> Capital décès ou invalidité absolue et définitive doublé en cas d'accident	€	€
	<input type="checkbox"/> Rente éducation - nombre d'enfant(s): ____	par an	€
	<input type="checkbox"/> Capital infirmité permanente par accident	€	€
	<input type="checkbox"/> Indemnités journalières / rente d'invalidité	€	€
Total 2			€

* à l'exception des personnes de nationalité américaine, et des personnes vivant aux USA et en France.
** tarifs valables jusqu'au 31/12/14

- Votre clause bénéficiaire (*si vous avez souscrit l'option capital décès*) :
- Je désigne comme bénéficiaire mon conjoint non divorcé, non séparé par un jugement définitif, à défaut mes enfants survivants, à parts égales entre eux, à défaut mes parents à parts égales entre eux ou au survivant d'entre eux, à défaut mes héritiers à parts égales entre eux.
- ou
- Je désigne comme bénéficiaire: _____



Paiement de vos cotisations

FIRST'EXPAT (voir page 2)	Total 1	€
+		
PRÉVOYANCE À LA CARTE (EN OPTION) (voir page 2)	Total 2	€
=		
TOTAL GÉNÉRAL		€

- Périodicité :**
- annuelle
- semestrielle
- trimestrielle

- Mode de règlement :**
- par prélèvement SEPA CORE sur un compte en France
(dans ce cas, merci de remplir le mandat de prélèvement SEPA CORE ci-dessous).
- par chèque à l'ordre de l'ASFÉ.
- par Carte Bancaire (pour votre première cotisation)
(dans ce cas, merci de remplir l'autorisation de débit de carte bancaire se trouvant en bas de la page suivante).

➔ Info : pour vos prochaines cotisations, vous pourrez opter pour un paiement sécurisé par carte bancaire sur notre site internet (rubrique espace adhérent / paiement en ligne) ou par virement bancaire.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA CORE

Référence unique du mandat : RUM (vous sera communiquée lors de votre prochain appel de cotisation)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MSH INTERNATIONAL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte de façon récurrente (selon la périodicité choisie) conformément aux instructions de MSH INTERNATIONAL. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Ces informations sont obligatoires et nécessaires à votre créancier afin de mettre en œuvre le mandat de prélèvement européen. Conformément à la réglementation en matière de protection des données personnelles applicable dans votre pays, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification portant sur les données personnelles vous concernant, ainsi que celui de vous opposer à leur traitement, sous réserve de justifier d'un motif légitime (si exigé par la loi applicable dans votre pays). Pour exercer ces droits, vous pouvez vous référer au contrat conclu avec votre créancier.

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR	INFORMATIONS DU CRÉANCIER
	<p>Nom et adresse du créancier: MSH INTERNATIONAL 18, rue de Courcelles - 75384 PARIS - Cedex 08 Identifiant du Créancier SEPA (ICS): FR60ZZZ460359</p>
COORDONNÉES BANCAIRES DU DÉBITEUR	
IBAN (International Bank Account Number): _____	
BIC (Bank Identifier Code): _____	
DATE	SIGNATURE OBLIGATOIRE



Note d'information

Nous vous prions de bien vouloir prendre connaissance des éléments importants qui suivent.

Notre analyse et nos propositions se sont basées sur les informations, besoins et contraintes que vous avez pu nous communiquer et nous exprimer au cours de nos échanges. Il est à noter que la qualité et l'exactitude des informations communiquées par le souscripteur, notamment en matière financière et d'objectifs de souscription, influe directement sur la qualité et la pertinence de notre proposition.

Il est absolument nécessaire que vous lisiez attentivement l'ensemble des conditions de votre contrat d'assurance et plus particulièrement les paragraphes consacrés aux risques exclus, à la durée de votre contrat, aux éventuels délais de carence, de franchise, aux définitions des garanties et aux sanctions en cas d'informations inexacts ou incomplètes.

En cas de réclamation, nous vous recommandons de prendre contact avec notre groupe, auprès de votre interlocuteur habituel. Sinon, vous pouvez vous adresser par écrit à notre Service réclamation, 82 rue de Villeneuve 92587 CLICHY Cedex ou à l'adresse du Service réclamation du siège régional dont vous dépendez (et dont vous trouverez les coordonnées sur le site internet).

Si, malgré tout, un différend éventuel persistait, vous avez la possibilité de vous adresser au Médiateur de la Chambre Syndicale des Courtiers d'Assurances, compétent pour toute réclamation d'un particulier, 91 rue Saint Lazare, 75009 PARIS, ou à l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout 75009 PARIS.

Les informations recueillies peuvent faire l'objet de traitements informatiques destinés à la gestion et à l'exécution des contrats de notre société.

Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en nous adressant un courrier accompagné d'une copie d'un titre d'identité signé à :

ASFE - MSH INTERNATIONAL - Direction juridique
18 rue de Courcelles
75384 PARIS Cedex 08

Nous restons à votre entière disposition pour répondre à toutes vos questions.

AUTORISATION DE DÉBIT DE CARTE BANCAIRE

J'autorise MSH INTERNATIONAL / ASFE à débiter ma carte bancaire pour le montant de ma première cotisation, soit : _____ €.

Nom du titulaire de la carte bancaire : _____

Type de carte de crédit : Visa Mastercard Amex

Numéro de la carte : / / /

Date d'expiration : __ / __ / __ Cryptogramme : (les trois derniers chiffres au dos de votre carte bancaire, sauf Amex)

Fait à : _____

Le : __ / __ / ____

Signature de l'adhérent, ou du représentant légal de l'enfant mineur
(dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité (parent, tuteur...) ainsi que votre nom et prénom)
précédée de la mention "lu et approuvé"





Signature de la demande d'adhésion

- **Je demande** mon adhésion à l'ASFE (Association de Services des Français de l'Etranger), association de loi 1901 dont le siège est 18 rue de Courcelles 75008 PARIS, ainsi qu'aux conventions d'assurance souscrites par elle auprès des compagnies d'assurances suivantes :
- GAN EUROCOURTAGE agissant pour le compte de GROUPAMA GAN VIE, pour les garanties de Frais de Santé FIRST'EXPAT : Indice 30, Indice 40, Indice 60
 - AXA FRANCE VIE, pour les garanties de Frais de Santé FIRST'EXPAT : Indice 50 pour les garanties de Prévoyance FIRST'EXPAT (Capital Décès ou Invalidité, Indemnités Journalières ou Rente d'Invalidité, Capital Infirmitté Permanente, Rente Education), si souscrites
 - EUROP ASSISTANCE pour les garanties d'Assistance Médicale et Rapatriement de FIRST'EXPAT, si souscrites
 - CIVIS - AREAS pour les garanties de Protection Juridique
 - AXA Courtage pour les garanties de Responsabilité Civile, si souscrites pour les assurés inscrits sur la présente demande d'adhésion.
- **Je reconnais :**
- avoir pris note du conseil délivré par MSH INTERNATIONAL et souhaite le suivre. MSH INTERNATIONAL est une société française de courtage (enregistrée à l'ORIAS sous le numéro°07 002 751) qui conçoit et gère pour le compte de l'ASFE l'ensemble de sa gamme d'assurances, dont le contrat FIRST'EXPAT.
 - avoir pris connaissance et accepté les dispositions des conditions générales FIRST'EXPAT 2014, valant notice d'information, en avoir conservé un exemplaire et accepter les termes de la présente demande d'adhésion, valant conditions particulières. Je reconnais avoir pris connaissance de mon droit à renonciation.
 - avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services de gestion de MSH INTERNATIONAL peuvent être enregistrées pour les besoins de gestion interne et dans le but d'améliorer nos services. Je peux avoir accès aux enregistrements de mes appels en m'adressant par écrit à MSH INTERNATIONAL - Gestion ASFE - 82 rue Villeneuve, 92587 CLICHY Cedex – France et en joignant à ma demande une pièce d'identité. Chaque enregistrement est conservé pendant un délai de 90 jours.
 - que l'adhésion à l'ASFE ne me dispense pas des cotisations dues au régime obligatoire dont je pourrais relever.
 - avoir pris connaissance qu'il ne pourra être procédé à aucun paiement à destination, directe ou indirecte, d'un pays soumis à sanctions, tel qu'édicte, par exemple, par les Nations Unies, l'Office of Foreign Assets Control (OFAC) du Trésor américain ou l'Union Européenne.
 - être informé que les informations recueillies ont pour but soit de m'identifier formellement pour me donner accès à un espace sécurisé soit de collecter des éléments permettant à MSH INTERNATIONAL de m'apporter des solutions et des réponses. Ces informations sont exclusivement destinées à MSH INTERNATIONAL et peuvent faire l'objet de traitements destinés au respect de ses obligations légales et à la passation, la promotion, la gestion et l'exécution des contrats d'assurances. Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : MSH INTERNATIONAL – Direction juridique – 18 rue de Courcelles 75384 PARIS Cedex 08 accompagné d'une copie d'un titre d'identité signé.
- **J'autorise** MSH INTERNATIONAL à recevoir pour mon compte les décomptes de remboursement des frais d'hospitalisation pour lesquels j'ai bénéficié du tiers-payant.
- **Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions de ce dossier de souscription et n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur MSH INTERNATIONAL et entraîner l'application des articles I.113-8 et I.113-9 du code des assurances.**

Fait à: _____

Le: __/__/____

Signature de l'adhérent, ou du représentant légal de l'enfant mineur
(dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité (parent, tuteur...) ainsi que votre nom et prénom)

précédée de la mention "lu et approuvé"

Finalisation de votre adhésion

Pour finaliser votre adhésion, merci de nous envoyer :

- le bulletin d'adhésion complété et signé,
- le questionnaire médical figurant sur les pages suivantes, complété et signé, et les informations médicales complémentaires si des réponses positives ont été signalées,
- une copie de votre carte d'identité ou de votre passeport,
- un RIB pour le remboursement de vos frais de soins de santé,
- une attestation de votre précédente complémentaire santé ainsi qu'un résumé de garanties pour supprimer les délais d'attente de certaines garanties pour les Indices 50 et 60,
- un certificat de scolarité pour vos enfants de 20 à 25 ans.

Vous pouvez régler votre cotisation avec :

- le mandat de prélèvement SEPA CORE complété et signé (sur un compte en France uniquement),
ou
- l'autorisation de débit de carte bancaire complétée et signée,
ou
- un chèque à l'ordre de l'ASFE.

Une fois votre cotisation réglée, vous recevrez un dossier d'accueil avec :

- une carte personnalisée avec l'ensemble de nos coordonnées,
- vos identifiants pour vous permettre d'accéder à l'ensemble des services en ligne mis à votre disposition sur www.asfe-expat.com dans votre espace adhérent,
- vos conditions générales,
- un guide pratique qui vous accompagnera dans vos démarches de remboursements et vous apportera des réponses claires et pratiques aux questions que vous serez amené à vous poser.

Merci d'adresser votre demande d'adhésion complète à :

**ASFE, Service Adhésions
82 rue Villeneuve
92587 CLICHY Cedex
France**

Questionnaire médical

En cas de réponse positive à l'une des questions ci-dessous pour vous ou l'un des vôtres, merci d'apporter toutes les précisions utiles (date, motif, suite ou séquelle, nature du traitement, durée...) sur une feuille complémentaire datée et signée. Pour des raisons de confidentialité de votre dossier, merci de la joindre à votre envoi dans une enveloppe fermée à l'attention du "Médecin conseil".

En fonction des précisions apportées et après analyse de notre médecin conseil, nous pouvons être amenés à refuser votre demande d'adhésion ou à l'accepter avec des restrictions de garanties ou avec une majoration de votre cotisation, tel que précisé dans les conditions générales du contrat.

	Adhérent	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom					
Prénom					
Taille (cm)					
Poids (kg)					
Veuillez répondre à toutes les questions et apporter les précisions demandées si nécessaires					
Êtes-vous actuellement en arrêt maladie ?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Avez-vous eu au cours des 3 dernières années un arrêt médical supérieur à 10 jours ?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Avez-vous été hospitalisé(e) (dans un hôpital, une clinique, un établissement thermal...) au cours des 10 dernières années pour un(e) ou plusieurs :					
- interventions chirurgicales	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
- suivis / traitements médicaux	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années de maladies, affections ou accidents ayant entraîné une surveillance médicale (traitements, soins médicaux, suivi médical régulier...) de plus de 15 jours ?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale (traitements, soins médicaux, suivi médical régulier...) et / ou prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin (autre que contraceptifs) ?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Bénéficiez-vous avant cette adhésion d'une prise en charge à 100 % pour raison médicale par la sécurité sociale dans le cadre d'une ALD : Affection Longue Durée? Si oui, merci de préciser la pathologie.	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

Je soussigné(e) certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions de ce formulaire, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur MSH INTERNATIONAL et entraîner l'application des articles I.113-8 et I.113-9 du code des assurances.

Fait à : _____

Le: __ / __ / ____

Signature de l'adhérent, ou du représentant légal de l'enfant mineur
(dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité (parent, tuteur...) ainsi que votre nom et prénom)

précédée de la mention "lu et approuvé"



Le contrat First'Expatri de l'ASFE

Questionnaire médical (suite)

En cas de réponse positive à l'une des questions ci-dessous pour vous ou l'un des vôtres, merci d'apporter toutes les précisions utiles (date, motif, suite ou séquelle, nature du traitement, durée...) sur une feuille complémentaire datée et signée. Pour des raisons de confidentialité de votre dossier, merci de la joindre à votre envoi dans une enveloppe fermée à l'attention du "Médecin conseil".

En fonction des précisions apportées et après analyse de notre médecin conseil, nous pouvons être amenés à refuser votre demande d'adhésion ou à l'accepter avec des restrictions de garanties ou avec une majoration de votre cotisation, tel que précisé dans les conditions générales du contrat.

	Adhérent	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Devez-vous, dans les 12 prochains mois, subir: - une intervention médicale ou chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
- un examen médical (radiologie, examen de laboratoire, IRM, scanner, consultation...)?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
- un traitement médical de toute sorte (psychologie, psychiatrie, kinésithérapie, radiothérapie, orthophonie, chimiothérapie, traitement dentaire, traitement médicamenteux...)?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, des tests biologiques et/ou sérologiques qui se soient révélés anormaux ?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
L'un de vos parents, frères ou sœurs (y compris décédés) a-t-il souffert, avant l'âge de 65 ans, de diabète, problèmes cardiaques, tension artérielle élevée, taux de cholestérol élevé, cancer, troubles rénaux, polyposie du côlon, ou toute autre pathologie héréditaire ?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Consommez-vous : - plus de 10 cigarettes par jour ?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
- plus de 2 verres de vin (ou équivalent) par jour ?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé des stupéfiants (marijuana, haschich...)? - si vous avez arrêté, depuis quelle date ? __ / ____	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ou consulté un psychiatre ? - si oui, quand ? __ / ____	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

Je soussigné(e) certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions de ce formulaire, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur MSH INTERNATIONAL et entraîner l'application des articles I.113-8 et I.113-9 du code des assurances.

Fait à : _____

Le : __ / __ / ____

 Signature de l'adhérent, ou du représentant légal de l'enfant mineur
 (dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité (parent, tuteur...) ainsi que votre nom et prénom)

précédée de la mention "lu et approuvé"

