*OGEC …………………….*

*……………………………….*

*………………………………………*

*N° Siret ……………………………..*

**ATTESTATON EMPLOYEUR D’AFFILIATION AU REGIME OBLIGATOIRE DE FRAIS DE SANTE**

## Je soussigné, ………………………………………………………, agissant en qualité de *(Chef d’établissement ou Président d’OGEC) ……*………………………………, de *(Nom école, collège, lycée)* ………………………………………………………………. situé ………………………………............................................. à ………………………….…….....,

Certifie par la présente, qu'un **contrat collectif « complémentaire santé** » à caractère **OBLIGATOIRE** a été mis en place au profit du personnel de l'OGEC ………………………………. avec prise d’effet au 1er janvier 2016.

En conséquence, *(Madame/Monsieur Nom Prénom)* ………………………………………Fonction ………………………………………bénéficie, à compter du …………………………………………, des garanties du contrat collectif.

Fait à …………… le …………

Pour faire valoir ce que de droit

*(Nom – Qualité – signature – Cachet de l’OGEC)*