

DEMANDE DE DUPLICATA DE CASM

NOM Prénom

Date et Lieu de Naissance

Adresse

CODE Postal.....VILLE.....

Tél Tél portable

Mail

CASM obtenu le à

Joindre à cette demande : un chèque d'un montant de 15 € libellé à l'ordre de la LMR PL.

Fait à

Le.....

Signature.....

Nota : le duplicata de CASM vous sera adressé sous 10 jours à compter de la réception de cette demande.

A adresser à votre ligue régionale de rattachement :

**LMR PAYS DE LA LOIRE – 14 rue des Saules – ZA les Acacias
44260 SAVENAY**