

FORMULAIRE EN VUE DE L'IMMATRICULATION D'UN ETUDIANT

Année 2016/2017

IDENTITÉ

 Madame Mademoiselle Monsieur

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____

 CP : _____ Pour Paris, Lyon et Marseille
indiquer l'arrondissement. Pays : _____ Nationalité : _____

COORDONNÉES

Adresse de l'étudiant(e) : _____ Adresse des parents : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

 Diplôme préparé : Année d'études :

CADRE RÉSERVÉ AUX ÉTUDIANTS ÉTRANGERS VENANT FAIRE LEURS ÉTUDES EN FRANCE

 ■ Êtes-vous ressortissant de l'Espace Economique Européen ? oui non

 Si oui, avez-vous une Carte Européenne d'Assurance Maladie ? oui non

Si oui, indiquez sa date de validité _____

 ■ Êtes-vous ressortissant d'un pays hors de l'Espace Economique Européen? oui non

RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

 1. Avez-vous déjà été immatriculé au régime français de Sécurité sociale ? oui non

 Indiquez votre numéro de Sécurité Sociale personnel

 2. Avez-vous une activité salariée ? (600h/an) 150 h par trimestre couvrant la totalité de l'année universitaire) oui non

(si oui, fournir votre contrat de travail à votre établissement ou un justificatif des indemnités Pôle Emploi)

 3. Êtes-vous couvert par le régime de Sécurité sociale de votre époux (se), pacsé(e), concubin(e) ? oui non

4. Quelle est la profession de vos parents? (reporter le n° de la profession de vos parents de la liste ci-dessous *)

 ■ Votre père : De qui dépendiez-vous avant d'être étudiant(e)? votre père votre mère

 ■ Votre mère :

 5. Êtes-vous étudiant boursier de l'enseignement supérieur ? oui non (si oui, fournir la notification de bourses à votre établissement)

6. Centre payeur que vous avez choisi (SMENO : réseau emeVia / LMDE: Centre 601 / Autre)

A

Le

Signature

CADRE RESERVE A L'ÉTABLISSEMENT

Régime de Sécurité sociale pour cette année universitaire :

 Régime Etudiant : Régime obligatoire autre :

 Cotisant Ayant Droit d'un parent / conjoint

 Boursier Salarié

 Ayant Droit Autonome Etudiant en possession d'une Carte

 Européenne d'Assurance Maladie

 Etudiant - de 16 ans / + de 28 ans

Date versement cotisation : _____

 Cachet de l'établissement
et signature : _____

(*) Profession de vos parents : Numéro à reporter

1. Salarié, Sans profession, Profession agricole, Médecin conventionné du secteur 1, Salarié Banque de France, Fonctionnaire

2. Artisan, Commerçant (propriétaire du magasin), Professions libérales non médicales (avocat, chef d'entreprise, aut. res médecins...), Fonctionnaire International

3. Militaire, Gendarme, Frontalier (travaillant au Luxembourg, Allemagne, Belgique...) EDF-GDF, Mines, Cultes, Opéra, Comédie française, RATP, CCI de Paris, Clerc et employé de notaire, Sénat

4. Port autonome de Bordeaux, Marine marchande, Assemblée Nationale

5. Agent SNCF

6. Frontalier Suisse

Retraités : Indiquer le numéro de la profession exercée auparavant