

FORMULAIRE EN VUE DE L'IMMATRICULATION D'UN ETUDIANT

Année 2017/2018

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

■ Etes-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

■ Etes-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 ? (+ de 60 h par mois ou 120 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 ASSEDIC)

3. Etes-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. Etes-vous étudiant boursier de l'enseignement supérieur ? oui non (*si oui, fournir l'attribution de bourses à votre établissement*)

6. Cotisation Sécurité Sociale Etudiante déjà payée dans un autre établissement (joindre justificatif) oui non

7. Centre payeur que vous avez choisi (*SMERRA : réseau emeVia / LMDE : Centre 601 / Autre*)

A Le Signature

CADRE RESERVE À 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, autres médecins...)

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. SNCF, Unesco, ONU, Ambassades, Espace Economique Européen (travaillant au sein des institutions européennes comme le Parlement Européen de Strasbourg, la Commission Parlementaire de Bruxelles, la Cour des Comptes du Luxembourg...)

6. Frontalier Suisse

Retraités : indiquer le numéro de la profession exercée auparavant