CHU BESANÇON

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE BESANCON

Direction des Affaires Médicales, de la Recherche et des Relations avec l'Université

Fiche de renseignements (à compléter en majuscules)

concernant les Etudiants en Médecine et Maïeutique, Internes et Faisant Fonction d'Interne

Situation :

ETUDIANT : MEDECINE ☐ MAIEUTIQUE ☐

PHARMACIE ☐ ODONTOLOGIE ☐

INTERNE : D.E.S. ☐ D.E.S. M.G. ☐ PHARMACIE ☐

FFI ☐ N° RPPS (voir carte CPS) : _____

Etat Civil :

Nom : _____ Prénoms : _____

Nom de naissance : _____

Date de Naissance : ___ ___ ___ Lieu : _____

Nationalité : _____ (si titre de séjour : date de validité) _____

N° de SECURITE SOCIALE : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

N° : _____ Rue : _____

Code Postal : _____ Localité : _____

Téléphone : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Portable : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

Adresse Mail : _____

Domicile Fiscal (si différent) :

N° : _____ Rue : _____

Code Postal : _____ Localité : _____

Adresse des Parents : _____

Téléphone : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

Situation de Famille :

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vivant maritalement ☐

Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐

depuis le : _____

Nom et prénom du conjoint : _____

Profession : _____

Nom, prénom des enfants et date de naissance :

_____ ___ ___ ___ _____ ___ ___ ___

_____ ___ ___ ___ _____ ___ ___ ___

_____ ___ ___ ___ _____ ___ ___ ___

Compte bancaire ou postal ***(joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal)***

Besançon, le Signature :