

N° ETUDIANT |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SFA

ENSIP

MEDECINE

FSS

Nom :

Prénom :

Nationalité :

Seul(e) sans enfant, Couple sans enfant, Seul(e) avec enfant(s), Couple avec enfant(s)

Adresse pour l'année universitaire en cours (si différente de l'an dernier) :

.....

Code postal : |_|_|_|_|_|_| Commune :

Tél portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique :

BOURSES ET AIDES FINANCIERES

Précisez :

Date de début :

Date de fin :

SECURITE SOCIALE ETUDIANTE

OUI

NON

Si oui, choix du centre payeur de sécurité sociale pour la gestion de vos remboursements :

LMDE

SMECO

Si non, centre payeur de sécurité sociale (joindre l'attestation de droits à l'assurance maladie) :

CPAM

MGEN

Autre (précisez) :

ACTIVITES SPORTIVES - Service universitaire des activités physiques et sportives (SUAPS)

Pour une cotisation annuelle de 10€ (non remboursable)

Souhaitez-vous vous inscrire au SUAPS ? : OUI

NON

MODE DE REGLEMENT

CHEQUE

CARTE BANCAIRE

ESPECES

PAIEMENT EN TROIS FOIS

Signature,