



DECLARATION EN VUE DE L'IMMATRICULATION
D'UN ETUDIANT

N° 10547*01

Articles L 381.4, R 381.5 à R 381.25 du Code de la Sécurité Sociale

RESERVE C.P.A.M.

	C.P.A.M.	N° de document	C.R.A.M.	EEE
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
REGIME PRINCIPAL	<input type="text"/>	Date d'effet	<input type="text"/>	
C.P.A.M. Affiliation	<input type="text"/>	C.P.A.M. Prestataire	<input type="text"/>	Centre de paiement <input type="text"/>

DEMANDEUR

IDENTITE Monsieur Madame Mademoiselle

Nom de naissance
Prénoms
(en majuscules d'imprimerie)
(dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage
(en majuscules d'imprimerie)

Sexe Masculin Féminin Nationalité : française EEE Autre
(préciser)

Date de naissance Commune de naissance N° départ. N° Commune ou pays de naissance

(pour Paris, Lyon et Marseille indiquer l'arrondissement)

RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

* ASSURE NE DANS UN TOM OU A L'ETRANGER (qu'il s'agisse de personne de nationalité française ou étrangère)

Pays de naissance	<input type="text"/>	Commune	<input type="text"/>
Nom de naissance du père	<input type="text"/>	1 ^{er} prénom	<input type="text"/>
Nom de naissance de la mère	<input type="text"/>	1 ^{er} prénom	<input type="text"/>

* RESSORTISSANT DE L'E.E.E. (cf. notice)

Préciser (le cas échéant) son numéro d'immatriculation dans son pays de nationalité

* RESSORTISSANT D'UN PAYS HORS E.E.E. (cf. notice)

<input type="checkbox"/> certificat de résidence 1)	<input type="checkbox"/> carte de séjour	<input type="checkbox"/> récépissé de demande de renouvellement 1)	<input type="checkbox"/> Autres : Andorran, monégasque 1)	1) Numéro Date de fin de validité <input type="text"/>
---	--	--	---	--

ADRESSE

(éléments d'adresse complémentaires : villa, lieu-dit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)

N° Voie
(R rue, BD boulevard, AV avenue, PL place, SQ square, CH chemin)

Commune Code postal

Avez-vous déjà été immatriculé à un régime de sécurité sociale oui non

Si oui, n° d'immatriculation Caisse d'affiliation

Bénéficiez-vous des prestations d'un régime de sécurité sociale ? oui non

Si oui, précisez :
à titre d'ayant droit d'un salarié oui non Lien de parenté
à titre personnel, en raison d'une activité professionnelle permanente oui non
à titre d'étudiant oui non Si oui : indiquez l'autre établissement fréquenté (fournir

l'attestation d'inscription de l'année en cours)
Si vous avez plus de 28 ans au 1^{er} octobre de l'année considérée, quelles sont les raisons de la prolongation de vos études ? (fournir les justifications demandées dans la notice)

Précisez obligatoirement la section locale universitaire choisie pour le règlement de vos prestations de sécurité sociale

A Le Signature :

A REMPLIR PAR LE SECRETARIAT DE L'ETABLISSEMENT

N° dossier de l'étudiant
Enseignement suivi
Date d'inscription
Cotisation acquittée le
Relevé nominatif du
Envoyé à la Caisse de
A la date du

L'étudiant désigné ci-dessus peut BENEFCIER du REGIME D'ASSURANCES SOCIALES des ETUDIANTS

à compter du
A le

Cachet de l'établissement

CACHET A REPORTER SUR LE VOLET 3

Signature du responsable de l'établissement