

# FORMULAIRE EN VUE DE L'IMMATRICULATION D'UN ETUDIANT

Année 2017/2018

## IDENTITÉ

Madame Monsieur 

Nom :

Nom de naissance :

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 150 h par trimestre ou 600 h par an couvrant la totalité de l'année universitaire)

oui  non 

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

3. 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 :

4. Etes-vous étudiant boursier de l'enseignement supérieur ?

oui  non 

(si oui, fournir l'attribution de bourses à votre établissement)

5. Cotisation Sécurité Sociale Etudiante déjà payée dans un autre établissement (joindre justificatif)

oui  non 

6. Centre payeur que vous avez choisi

(SMENO : réseau emeVIA / LMDE : Centre 601 / Autre)

A

Le

Signature

## CADRE RESERVE À L'ÉTABLISSEMENT

Régime de Sécurité Sociale pour cette année universitaire :

Régime Etudiant :

Cotisant Boursier Non cotisant 

Régime obligatoire autre :

Couvert par les parents Salarié 

Etudiant en possession d'une

Carte Européenne d'Assurance Maladie Etudiant + 28 ans 

Date versement cotisation :

Cachet de l'établissement  
et signature :

(\*) Profession de vos parents : Numéro à reporter

1. Salarié et assimilé (Fonctionnaire de l'Etat • Fonctionnaire territorial ou hospitalier • Artiste auteur • Praticien ou auxiliaire médical conventionné sauf option profession libéral • Exploitant ou salarié agricole • Comédie Française • CCI de Paris)

2. Travailleur non salarié ou régimes spécifiques (Artisan • Commerçant • Profession libérale • Clercs et employés de notaires • Cultes • EDF-GDF • Militaires • Mines • RATP • Sénat)

3. Marine Marchande (ENIM), Assemblée Nationale, Grand port de Bordeaux

4. 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...)

5. Frontalier Suisse, Andorre, Monaco, Québec, Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française

Retraités : indiquer le numéro de la profession exercée auparavant