

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
A RETOURNER DE TOUTE URGENCE AU :
CHRU DE LILLE – Département des affaires médicales et hospitalo-universitaires
CS 70001 - 59037 LILLE CEDEX

FONCTION : ETUDIANT EN MEDECINE DE MED4, MED5, MED6 *Rayer la mention inutile*

NOM – PRENOM :

NOM MARITAL :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : **NATIONALITE :**

ADRESSE DU DOMICILE :

Toute personne résidant en Belgique doit fournir un certificat de domiciliation délivré par la Mairie de la commune de Résidence. Toute personne résidant en Belgique et venant à être domiciliée en France doit fournir un certificat de fin de domiciliation délivré par la Mairie de la commune de Résidence

TELEPHONE FIXE : **TELEPHONE PORTABLE :**

EMAIL UNIVERSITAIRE :

EMAIL PERSONNEL:

N° D'IMMATRICULATION A LA SECURITE SOCIALE :

SITUATION DE FAMILLE :

Célibataire Marié(e) - préciser la date : PACS - préciser la date :

Union Libre Divorcé - préciser la date : Veuf - préciser la date :

NOM – PRENOM DU CONJOINT : **DATE DE NAISSANCE :**

NOMBRE D'ENFANTS :

NOM – PRENOM	SEXE (M ou F)	DATE ET LIEU DE NAISSANCE

FAIT, le
SIGNATURE

Tout changement relatif aux renseignements ci-dessus devra être signalé OBLIGATOIREMENT AUX AFFAIRES MEDICALES DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LILLE