

ETUDIANT(E) de 1^{ère} Année

PAIEMENT DES INDEMNITES DE STAGE

Les conditions de paiement ne seront effectives
que si ce document est correctement rempli (+ RIB)

NOM : _____ NOM MARITAL : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu : _____ Code département _____

Nationalité : _____

Adresse complète pendant les études _____

Code postal : _____ Ville : _____

 _____ Portable : _____ adresse e-mail _____

Situation familiale : célibataire marié(e) autre :

Date du mariage : _____

Nom et prénom du conjoint : _____

Date de naissance du conjoint : _____

N° IMMATRICULATION A LA SECURITE SOCIALE DE L'ETUDIANT (pas des parents)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Avez-vous déjà effectué des remplacements aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ?

oui non

Si oui, merci de nous indiquer votre n° de matricule _____

Strasbourg, le _____

Signature de l'étudiant

JOINDRE UN RIB A VOTRE NOM : TRES IMPORTANT