Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

Erasmus+

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

INDEMNITES DE STAGE - FRAIS DE DEPLACEMENT

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