

ENGAGEMENT « AFFILIATION A LA SECURITE SOCIALE ETUDIANTE 2023-2024 »

Votre Identité (à compléter en majuscule)

CLASSE : _____

Civilité : Madame Monsieur

NOM de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Lieu de naissance (*Département et commune ou Pays de Naissance*) :

Nationalité :

Adresse (en France) :

Code postal :

Ville :

Numéro de Sécurité sociale : **ABSENT car vous demandez pour la première fois votre affiliation à la sécurité sociale.**

Téléphone :

@E-mail (en majuscules) :

- **Je m'engage à effectuer les démarches de mon affiliation au régime étudiant de Sécurité Sociale** sur le site dématérialisé :

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F675#1>

- **Je m'engage à présenter au Lycée Buffon, le justificatif de mon affiliation dès réception de l'attestation de mon affiliation à la Sécurité sociale.**

Date : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Signature (de l'étudiant) :

Partie réservée à l'établissement :

Date : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Signature
et cachet de l'établissement :