

AFFILIATION A LA SÉCURITE SOCIALE ÉTUDIANTE 2022-2023

Votre Identité (à compléter en majuscule)

CLASSE : _____

Civilité : Madame Mademoiselle 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 SI PRIMO DEMANDEUR.**

Téléphone : _____

E-mail (en majuscules) : _____

Votre affiliation au régime étudiant de Sécurité Sociale (à cocher l'un des 2 centres) :

Centre Payeur choisi : 601 LMDE

617 SMEREP

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

Signature (de l'étudiant) : _____

Partie réservée à l'établissement

Affiliation à compter du |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

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

Signature
et cachet de l'établissement : _____