



DÉCLARATION EN VUE DE L'IMMATRICULATION
D'UN ÉTUDIANT

N° 10547*01

Articles L 381.4, R 381.5 à R 381.25 du Code de la Sécurité Sociale

RÉSERVÉ C.P.A.M.

C.P.A.M. N° de document C.R.A.M. EEE

RÉGIME PRINCIPAL Date d'effet

C.P.A.M. Affiliation C.P.A.M. Prestataire Centre de paiement

DEMANDEUR

IDENTITÉ Monsieur Madame Mademoiselle
Nom de naissance Prénoms LAST NAME (SURNAME) FIRST NAME
Nom d'usage (en majuscules d'imprimerie)
Sexe Masculin Féminin Nationalité : française EEE Autre
Date de naissance Commune de naissance N° départ N° Commune ou pays de naissance

RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS
* ASSURÉ NÉ DANS UN TOM OU A L'ÉTRANGER (qu'il s'agisse de personne de nationalité française ou étrangère)
Pays de naissance -> Country where your father was born
Nom de naissance du père -> surname of your father
Nom de naissance de la mère -> surname of your mother (before she was married)
* RESSORTISSANT DE L'E.E.E. (cf. notice)
Préciser (le cas échéant) son numéro d'immatriculation dans son pays de nationalité
* RESSORTISSANT D'UN PAYS HORS E.E.E. (cf. notice)
certificat de résidence 1) carte de séjour mention "étudiant" 1) récépissé de demande de renouvellement 1) Autres : Andorran, monégasque 1) Numéro 1) Date de fin de validité

ADRESSE
PULV - International Relations
N° Voie
Commune PARIS LA DEFENSE CEDEX Code postal 92916

Avez-vous déjà été immatriculé à un régime de sécurité sociale oui non
Si oui, n° d'immatriculation Caisse d'affiliation
Bénéficiez-vous des prestations d'un régime de sécurité sociale ?
Si oui, précisez à titre d'ayant droit d'un salarié à titre personnel, en raison d'une activité professionnelle permanente à titre d'étudiant
Lien de parenté
l'attestation d'inscription de l'année en cours
Si vous avez plus de 28 ans au 1er octobre de l'année considérée, quelles sont les raisons de la prolongation de vos études ? (fournir les justifications demandées dans la notice)

Précisez obligatoirement la section locale universitaire choisie pour le règlement de vos prestations de sécurité sociale
SMERP 617
A COURBEVOIE Le Signature :

A REMPLIR PAR LE SECRÉTARIAT DE L'ÉTABLISSEMENT
N° dossier de l'étudiant
Enseignement suivi
Date d'inscription
Cotisation acquittée le
Relevé nominatif du
Envoyé à la Caisse de
A la date du
L'étudiant désigné ci-dessus peut BÉNÉFICIER du RÉGIME D'ASSURANCES SOCIALES des ÉTUDIANTS
à compter du le
A Cachet de l'établissement Signature du responsable de l'établissement
CACHET A REPORTER SUR LE VOLET 3