

SECURITE SOCIALE ETUDIANTE 2017 / 2018

Déclaration en vue de l'ouverture des droits maladie-maternité

Nom : _____ e-mail : _____

Prénom : _____ tél : _____

Sexe : Masculin Féminin

Nationalité : Française autre (préciser : _____)

Date de naissance : ____/____/____ Commune de naissance : _____ Département : ____

Adresse fixe : _____

Numéro de sécurité sociale de l'étudiant : __/ __/__/__/____/____/ __/

Profession du parent dont dépend l'étudiant : salarié et assimilés
 travailleur non salarié, commerçant, artisan
 régimes spéciaux (préciser : _____)
 autres cas (préciser : _____)

Boursier : oui non

Centre de sécurité sociale étudiant choisi : SMEBA LMDE

Cadre réservé à l'administration

non cotisant (- 20 ans)

cotisant

boursier

ADP

Date de paiement de la cotisation : _____

A _____ le _____

Signature de l'étudiant :

✂-----

Nom : _____ Prénom : _____ Année d'étude : _____

Date de naissance : ____/____/____

A choisi le centre de sécurité sociale étudiant : SMEBA LMDE pour l'année universitaire 2016/2017

Statut : cotisant* boursier non cotisant (-20 ans)

Cachet de l'établissement :

* cotisation acquittée le : _____

A _____ le _____