



bien + que la Sécu étudiante



MEP
CS 20001 13942 Marseille Cedex 20



04 26 317 929 numéro non surtaxé



www.mep.fr

D

ECLARATION DE CHANGEMENT D'ADRESSE

Veuillez prendre note du changement d'adresse ci-dessous :

Identification assuré :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nouvelle adresse :

(N° appart, étage, escalier) :

(Entrée, bâtiment, immeuble, résidence) :

(Numéro, libelle de la voie) :

(Lieu dit ou service particulier de distribution) :

(Code postal et ville) :

Compléments :

Téléphone Fixe :

Téléphone Portable :

Adresse Email :

Date et Signature :