



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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGIME PRINCIPAL	<input type="text"/>	Date d'effet	<input type="text"/>
C.P.A.M. Affiliation	<input type="text"/>	C.P.A.M. Prestataire	<input type="text"/>
		Centre de paiement	<input type="text"/>

DEMANDEUR

IDENTITÉ

Nom de naissance  
Prénom  
*(en majuscules d'imprimerie)  
(dans l'ordre de l'état civil)*

Nom d'usage  
*(en majuscules d'imprimerie)*

Sexe  Masculin  Féminin Nationalité :  française  EEE  Autre  
*(préciser)* Réservé CPAM

Date de naissance  Commune de naissance   
*(pour Paris, Lyon et Marseille indiquer l'arrondissement)* N°départ  N° Commune ou pays de naissance

RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

\* ASSURÉ NÉ DANS UN TOM OU À L'ÉTRANGER (qu'il s'agisse de personne de nationalité française ou étrangère)

Pays de naissance  Commune   
Nom de naissance du père  1<sup>er</sup> prénom   
Nom de naissance de la mère  1<sup>er</sup> prénom

\* 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

*(éléments d'adresse complémentaires : villa, lieu-dit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)*

N°  Voie   
*(R rue, BD boulevard, AV avenue, PL place, SQ square, CH chemin)*

Commune  Code postal

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 ?  oui  non  
Si oui, précisez à titre d'ayant droit d'un salarié  oui  non Lien de parenté   
à titre personnel, en raison d'une activité professionnelle permanente  oui  non  
à titre d'étudiant  oui  non Si oui : indiquez l'autre établissement fréquenté (fournir )

l'attestation d'inscription de l'année en cours)   
Si vous avez plus de 28 ans au 1<sup>er</sup> 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

A ..... Le ..... Signature :

À 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 .....  
À la date du .....

L'étudiant désigné ci-dessus peut BÉNÉFICIER  
du RÉGIME D'ASSURANCES SOCIALES des ÉTUDIANTS

à compter du .....  
À ..... le .....

Cachet de l'établissement  Signature du responsable de l'établissement

CACHET A REPORTER SUR LE VOLET 3