

**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="checkbox"/> |
| 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 \_\_\_\_\_  
(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)

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 A 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)

|   |  |  |   |                               |
|---|--|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> certificat de résidence 1) | <input type="checkbox"/> carte de séjour mention "étudiant" 1) | <input type="checkbox"/> récépissé de demande de renouvellement 1) | <input type="checkbox"/> 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 :

**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 \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

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

CACHET A REPORTER SUR LE VOLET 3