

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS INDEMNITÉS DE STAGE - FRAIS DE DÉPLACEMENT

Les conditions de paiement ne seront effectives que si ce document est correctement rempli (+ RIB)

NOM DE NAISSANCE : .....

NOM D'USAGE : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Lieu : ..... Code département : .....

Pays : .....

Nationalité : .....

Adresse complète pendant les études :

.....  
.....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ : .....

E-mail : .....

### N° IMMATRICULATION À LA SÉCURITE SOCIALE DE L'ÉTUDIANT·E (pas des parents)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si vous êtes titulaire d'un titre de séjour, merci d'indiquer impérativement :

la date d'obtention : ..... / ..... / ..... la date de fin de validité : ..... / ..... / .....

Avez-vous déjà travaillé aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ?

Oui  Non

Si oui, merci de nous indiquer votre n° de matricule : .....

Date : ..... / ..... / .....

Signature de l'étudiant·e :

**MERCI D'AGRAFER UN RIB À VOTRE NOM À L'ARRIÈRE DE CE DOCUMENT**