Institut de Formation en Soins Infirmiers

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

Institut de Formation en Soins Infirmiers - 1 rue David Richard BP 426 – 67091 STRASBOURG
☎ : 03 88 11 55 80 – Fax : 03 88 11 57 23 – formation.chru-strasbourg.fr - ifsi@chru-strasbourg.fr