FICHE DE RENSEIGNEMENTS
Concernant les Internes, Résidents et Faisant Fonction d'Internes

Direction de la Stratégie, des Affaires Médicales et des Coopérations

Nom : ……..…… **Nom de naissance :** ……

Prénom : ……

Numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ /__/__/

Date de Naissance : ……..…… **Lieu :** ……

Nationalité : ……

Adresse actuelle : ……..

Code postal : …… **Ville :** …….

Numéro de téléphone : …….

Courriel : ……@……

Situation de famille *(fournir une copie de la carte d'identité ou du livret de famille)*

* Célibataire ❑
* Marié(e) ❑ - Date du mariage : …….
* Concubinage ❑ - Nom et prénom du conjoint : ……...
- Profession du conjoint :……
* Séparé(e) ❑ * Divorcé(e) ❑ *Veuf(ve) ❑

Enfants *(fournir une attestation du conjoint si celui-ci ne perçoit pas le Supplément Familial)*

Nom – Prénoms	Date de naissance	Lieu de naissance

A déjà travaillé dans l'établissement : oui ❑ non ❑

Si oui, **Date d'arrivée dans l'établissement :** ……

Etablissement d'affectation précédent : ……

Personne à contacter en cas de problème :

***Nom/Prénom (indiquez le lien):** ..……..

***Téléphone :** ……..

PIECES ADMINISTRATIVES A FOURNIR PAR LES INTERNES

- Fiche de renseignements
- RIB
- Copie de la carte d'identité ou du livret de famille
- Le cas échéant, copie du titre de séjour
- Copie de la carte de Sécurité Sociale
- Un certificat médical attestant les aptitudes à exercer les fonctions d'Interne (réalisé par le médecin du travail au début du semestre)
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle