Année universitaire 2017/2018

LYON CATHOLIC UNIVERSITY

## FORMULAIRE D'AFFILIATION SECURITE SOCIALE ETUDIANTE

Monsieur ☐ Madame ☐ Nationalité : _____

Nom patronymique : _____ Nom marital : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Lieu de naissance : _____ Département : |__|__|

Adresse : _____

Code postal : __ __ __ __ _ Commune : _____

**Etes-vous déjà immatriculé ?**

NON ☐ OUI ☐ Si oui, indiquer votre n° d'immatriculation (numéro figurant sur votre carte vitale) :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

**Vous venez d'un état membre de l'UE, de l'EEE, de la Suisse ?**

Précisez si vous êtes titulaire :

> Pour l'UE, l'EEE, d'une Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM), en cours de validité : NON☐ OUI☐

> Pour la SUISSE, d'une attestation privée, en cours de validité : NON☐ OUI☐

Si vous n'avez aucun de ces documents, vous serez affilié au régime général de sécurité sociale en tant qu'étudiant.

**Si vous bénéficiez de la prise en charge de vos dépenses de santé, veuillez indiquer à quel titre**

> A titre d'ayant droit d'un parent : NON☐ OUI☐

Si oui, quel est son régime (CPAM, RSI, RAM…) : _____ quel est sa profession : _____

**Fournir impérativement la photocopie de l'attestation de droit Vitale en cours du parent.**

> A titre personnel, en raison d'une activité professionnelle permanente : NON☐ OUI☐

**Si oui, fournir impérativement un contrat de travail couvrant l'année universitaire 2017/2018.**

> A titre d'étudiant dans un autre établissement : NON☐ OUI☐

**Si oui, fournir impérativement l'attestation d'inscription de l'autre établissement pour l'année 2017/2018.**

> A un autre titre (demandeur d'emploi indemnisé, ayant-droit du conjoint…) : NON☐ OUI☐

**Si oui, fournir impérativement les documents justificatifs pour l'année 2017/2018.**

**Etes vous boursier ?** NON☐ OUI☐

**Si oui, fournir impérativement les documents justificatifs R/V pour l'année 2017/2018.**

**Pour le remboursement de vos prestations de sécurité sociale, vous choisissez :**

☐ LMDE (agence nationale) ☐ SMERRA (agence régionale)

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette déclaration. **Signature de l'étudiant :**

A : _____ le : _____

**Réservé à l'établissement**

N° étudiant UCLy : _____

Enseignement suivi : _____

Date d'inscription : _____

Cotisation acquittée le : _____

Affiliation au régime étudiant à compter du : _____

N° Lyon II : _____

Signature de l'établissement :