

# UNIVERSITE PARIS DIDEROT FACULTE DE MEDECINE

**Inscription Administrative par correspondance**  
**FORMATION QUALIFIANTE**  
**Endocrinologie pédiatrique**  
**Année universitaire 2018-2019**

✓ **Site BICHAT**  
**SCOLARITE**  
 16, Rue Henri Huchard  
 75890 Paris Cedex 18

**Site VILLEMIN**  
**SCOLARITE**  
 10, Avenue de Verdun  
 75475 Paris Cedex

## Fiche de Renseignements

Avez-vous déjà été inscrit(e) à l'université Paris Diderot ?  oui  non Si oui n° étudiant :.....

➤ **ETAT CIVIL**

NOM :..... Prénom :.....

NOM D'USAGE (marital) :..... Sexe  Masculin  Féminin

N° INE (obligatoire)\* 

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

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

Pays de naissance :..... N° Département :

Nationalité :.....

➤ **SERVICE NATIONAL** Situation militaire :

1-Recensé(e)  2-Sous les drapeaux  3-Exempté  4-Accompli ou APD  5-Non concerné

➤ **SITUATION FAMILIALE**

1-Seul(e) sans enfant  2- Seul(e) avec enfant(s)  3- En couple sans enfant  4- En couple avec enfant(s)

➤ **DATE DE 1<sup>ère</sup> INSCRIPTION**

Dans l'enseignement supérieur : 



 Ville et n° département : .....

Dans une université française : 



 Nom de l'université : .....

A l'université Paris Diderot : 



 Ville et n° département : .....

➤ **BACCALAUREAT français ou étranger ou titre admis en équivalence**

Année d'obtention : 



 Série : 



 Mention :

Département d'obtention : ..... N° Département :

Pays d'obtention : .....

*\*Ce numéro figure sur votre carte d'étudiant dès votre 1<sup>ère</sup> inscription à l'université (partir de 94/95): contactez votre université d'origine ; si votre inscription est antérieure à cette date, un n° vous sera attribué. (Merci d'indiquer la lettre O par Ø).*

➤ **ADRESSE FIXE :**

\_\_\_\_\_

Ville / Pays | \_\_\_\_\_ | Code postal | \_\_\_\_\_ |

Téléphone | \_\_\_\_\_ | Portable | \_\_\_\_\_ |

E-mail | \_\_\_\_\_ |

➤ **CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE**

Profession: .....

Adresse de l'employeur : .....

Quotité travaillée     1 Temps complet     2 Temps partiel ≥ mi-temps     3 Temps partiel ≤ mi-temps

Autre : .....

.....

➤ **DERNIER ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR FREQUENTE**

Etablissement : .....

Adresse : .....

Ville : ..... N° Département : \_\_\_\_\_

Pays : .....

Année universitaire : ...../.....

➤ **INSCRIPTION DANS UN AUTRE ETABLISSEMENT POUR L'ANNEE EN COURS**

oui     non    Nom et l'adresse de l'établissement : .....

Diplôme : .....

➤ **COUVERTURE SOCIALE**

N° de Sécurité Sociale de l'étudiant (complet) | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

**Je soussigné (e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.**

**Fait à Paris, le**

**Signature du stagiaire**