

EN CAS D'URGENCE

Personne à prévenir : Tél. :

En cas de nécessité, si les circonstances le permettent ; dans quel établissement souhaiteriez-vous être hospitalisé ? Hôpital Clinique

..... Tél. :

Médecin : Tél. :

FRERES OU SŒURS

Nom - Prénom	Année de Naissance	Etablissement fréquenté
-		
-		
-		
-		
-		

SCOLARITE ANTERIEURE

Bac : Année :

Etablissement : Ville.....

Autres Etudes :

2021 **Classe****2022** **Classe****2023**..... **Classe****2024**..... **Classe****Bourse :** oui nonSi oui : Province (Sud - Nord - Iles) (1) Etat Autres

Signature de l'Etudiant :

Couverture Sociale (prise en charge)par les parents par l'étudiant(e) par le/la Conjoint(e)

(1) Rayer la mention inutile

Entrée le :**Sortie le :****DOSSIER D'INSCRIPTION en STS**

Année : 2025 Classe :

Année : 2026 Classe :

Année : 2027 Classe :

PHOTO

Nom : Nom de Jeune Fille :

Prénom : Nationalité :

Né(e) le : à :

 Marié(e) Célibataire

Adresse personnelle de l'étudiant

Mail (*obligatoire*) : Mobilis.....**FAMILLE**Les parents sont-ils séparés : Oui Non Responsable : Père Mère

Nom et Prénom du Père ou Tuteur :

Adresse :

Tél : Mobile :

Profession :

Lieu de Travail : Tél :

Nom et Prénom de la Mère ou Tutrice :

Adresse :

.....

Tél : Mobile :

Profession :

Lieu de Travail : Tél :