

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS INTERNES MEDECINE/PHARMACIE

**Filière :** ☐ Médecine - spécialité \_\_\_\_\_ ☐ Pharmacie  
☐ Biologie Médicale

**UFR d'origine :** \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà exercé des fonctions au CHU de Poitiers ☐ oui : ☐ non

**Etat Civil :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Sexe : ☐ F ☐ M

Date de naissance : / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Département \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Pays de naissance : \_\_\_\_\_

**N° Sécurité sociale :** \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Caisse affiliation : .....

**Domicile :**

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Portable : / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Adresse mail (*écrire lisiblement svp*): \_\_\_\_\_

**Adresse des Parents**

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Portable : / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**Situation familiale** (joindre copie(s) du livret de famille) :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) (\*) ☐ Vivant maritalement

☐ Pacsé(e) (\*) ☐ Veuf(ve) (\*) ☐ Divorcée (\*)

**(\*) Indiquer la date :** .....

Nom, prénom des enfants et date de naissance :

\_\_\_\_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**Etat civil du conjoint**

Nom et prénom du conjoint : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Pays de naissance : \_\_\_\_\_

Activité professionnelle : \_\_\_\_\_ Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Perçoit le supplément familial ? ☐ oui ☐ non

Dans l'hypothèse où vous parlez couramment une ou plusieurs langues étrangères, acceptez-vous d'être inscrit sur la liste des interprètes de l'établissement\* ? ☐ oui ☐ non

Si oui, quelle(s) langue(s) parlez-vous couramment : .....

*\*vous serez ainsi susceptible d'être contacté(e) ponctuellement par un service médical en cas de difficultés de communication avec un ou plusieurs patients.*

**Je m'engage à respecter le règlement intérieur en vigueur dans les établissements où j'effectuerai mes différents stages.**

Poitiers, le \_\_\_\_\_

Signature