



Les Hôpitaux
Universitaires
de STRASBOURG

Strasbourg, le 20 août 2018

**PÔLE AFFAIRES MÉDICALES, RECHERCHE,
QUALITÉ ET
STRATÉGIE MÉDICALE TERRITORIALE**
Direction des Affaires Médicales et de la
Stratégie Médicale Territoriale

Affaire suivie par : Guillaume DELPORTE
guillaume.delporte@chru-strasbourg.fr
☎ 03 88 11 61 83

En vue de la constitution de votre dossier administratif, **en qualité d'étudiant hospitalier ERASMUS en médecine**, je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint, la liste des documents à compléter et des pièces à fournir.

Document à compléter :

- Questionnaire d'identité (avec impérativement une adresse dans les départements 67 ou 68)

Pièces à joindre impérativement au document mentionné ci-dessus :

- 1 photo récente
- 2 RIB à votre nom

Vous voudrez bien nous retourner le questionnaire **dûment complété, en joignant les pièces demandées**, à l'adresse suivante :

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE STRASBOURG
Direction des Affaires médicales et de la Stratégie médicale territoriale
– M. DELPORTE Guillaume
Bâtiment principal – entrée numéro 1 – 2^{ème} étage – Bureau 32
1, place de l'hôpital – BP 426
67091 STRASBOURG CEDEX

DATE LIMITE DE RETOUR : 10 JOURS APRES VOTRE ARRIVEE A L'HOPITAL
(ET APRES OUVERTURE D'UN COMPTE DANS UNE BANQUE FRANCAISE)

Le questionnaire doit être rempli avec le plus grand soin, et accompagné des pièces justificatives mentionnées ci-dessus.

L'ensemble est indispensable pour la constitution du dossier administratif et conditionne le versement de votre rémunération hospitalière durant vos stages.

QUESTIONNAIRE D'IDENTITE

1°) ETUDIANT (E)

NOM : PRENOMS :

NOM DE FAMILLE :

NE(E) LE : A (ville, département, pays) :

NATIONALITE :

SITUATION FAMILIALE : Célibataire Concubinage Marié (e) Veuf (ve) Divorcé(e)

ETUDIANT : Médecine Odontologie Pharmacie Erasmus

Année d'Etude :

ADRESSE DURANT VOS ETUDES :

.....

CP : VILLE : PAYS :

TEL : PORTABLE :

E-MAIL PERSO :

E-MAIL FAC :

VOTRE NUMERO PERSONNEL DE SECURITE SOCIALE : (si numéro français).....

2°) CONJOINT

NOM : PRENOMS :

NOM DE JEUNE FILLE : DATE DE MARIAGE :

NE(E) LE : A :

PROFESSION : EMPLOYEUR :

3°) ENFANTS

NOM	PRENOMS	DATE DE NAISSANCE	HANDICAPE(E)
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

4°) PARENTS

PERE : PRENOMS :

PROFESSION : EMPLOYEUR :

MERE : (nom de jeune fille)..... PRENOMS :

PROFESSION : EMPLOYEUR :

ADRESSE :

CP : VILLE : PAYS :

5°) APTITUDES PARTICULIERES

LANGUES CONNUES :

STRASBOURG, le

Signature :

+ 2 RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE OU POSTAL A VOTRE NOM

+ 1 PHOTO D'IDENTITE RECENTE + 1 PIECE D'IDENTITE (PASSEPORT OU CARTE IDENTITE)