

CI CG MCO SAM SIO

IDENTITÉ DE L'ÉTUDIANT(E)

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance

Ville et Département de naissance

Sexe : Masculin Féminin

Étudiant(e) majeur(e) : Oui Non

N° de sécurité sociale de l'étudiant(e) :

Adresse mail de l'étudiant(e) :

Téléphone portable de l'étudiant(e) :

Adresse :

SCOLARITÉ ANTÉRIEURE

Année	Formation	Adresse de l'établissement fréquenté
2023-2024		
2022-2023		

Année d'obtention du baccalauréat :

série :

L'étudiant(e) était-il/elle boursier(e) l'année précédente :

Oui

Non

SCOLARITÉ 2024-2025

L'étudiant(e) bénéficie-t-il/elle d'un aménagement pédagogique ou de santé particulier (PAI, PAP, PPS) ? voir document joint

Oui Non

↪ **Si oui fournir une copie du document**

LV1 :

Anglais Espagnol Allemand Italien

LV2 :

Anglais Espagnol Allemand Italien

Redoublement :

Oui Non

Signature de l'étudiant(e)

Signature du responsable *si étudiant(e) mineur(e)*

Représentant légal 1 (<i>interlocuteur privilégié pour les frais scolaires</i>)	Représentant légal 2
Nom / Prénom	Nom / Prénom
Lien de parenté avec l'étudiant	Lien de parenté avec l'étudiant
Profession :	Profession :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Adresse :	Adresse