

CI  CG  MCO  SAM  SIO

**IDENTITÉ DE L'ÉTUDIANT(E)**

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

Ville et Département de naissance

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
2025-2026	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2024-2025	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Année d'obtention du baccalauréat :

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

**SCOLARITÉ 2026-2027**

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  Allemand  Espagnol  Italien

LV2 :  Anglais  Allemand  Espagnol  Italien

Redoublement :  Oui  Non

Signature de l'étudiant(e)

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

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