

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE – VACCINATION Ecole de médecine - FBM

SITUATION PERSONNELLE

Nom		Prénom	
Date de naissance		Nationalité	
Etat civil		Etrangers permis	
Adresse : c/o		Téléphone	
Rue			
No postal		Lieu	
Domicile des parents			
E-mail			
Banque		Succursale de	
IBAN			

SITUATION FAMILIALE

	Nom	Prénom	Date de naissance	Employeur
Père				
Mère				
Epoux(se)				
Ami(e) cohabitant avec le requérant				
Frères et sœurs				
Enfants				

SITUATION FINANCIERE

Suivez-vous un traitement médical ?

non oui type :

Exercez-vous actuellement une activité rémunérée ?

non oui Où ?

Avez-vous exercé une activité lucrative supplémentaire pendant les dernières vacances ?

non oui Où ?

Recevez-vous une bourse ?

non oui Si oui, de quel organisme ?

Quel montant ?

Autres dépenses particulières

FRAIS VACCINATION
(détail)

Médecin/organisme	Examen/vaccin	Frais (CHF)

AIDE FINANCIERE DEMANDEE DE :

REMARQUES :

Je certifie que les déclarations ci-dessus sont exactes :

Lieu et date : SIGNATURE :

- ANNEXES A JOINDRE AVEC LA DEMANDE :**
- ATTESTATION D'OCTROI OU DE REFUS DE BOURSE
 - ATTESTATION DE SALAIRE

L'Ecole de médecine s'autorise à vous demander des compléments d'information si nécessaire.

DECISION D'OCTROI :

Date : Dossier traité par :

