**Fiche d’inscription**

**Etudiant UNIL Bilan dentaire**

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance :

Etat civil :

Nationalité :

Adresse :

NPA/Ville :

Tél. mobile :

Adresse Email privé :

Nom du représentant légal :

Adresse :

Profession : Etudiant Employeur : UNIL

Médecin-dentiste privé :

Médecin de famille :

Nom de **votre assurance maladie :**

**Votre Numéro AVS** :

# Êtes-vous pris en charge par un service social ? [ ]  non

#  [ ]  oui → compléter ci-dessous:

[ ]  **AI** Assurance Invalidité [ ] **EVAM**

[ ]  **PC** Prestations complémentaires pour frais de guérison AVS/CCA Vevey

[ ]  **CRD** Centre régional de décision / PC Famille et rente-pont Lausanne

[ ]  **CSR** Centre Social Régional région :

Date:

Signature

*Je, soussigné, certifie que les informations ci-dessus sont exactes.*

Rue du Bugnon 44 – 1011 Lausanne – Tél. 021 314 47 47 – Fax 021 314 47 70 cmdo@chuv.ch

\*AMT000701\*

feuille d’admission