

# UVSQ



université PARIS-SACLAY



CAMP

## FORMULAIRE DU SANTÉ P4 (DUMSHS 21)

Civilité (\*)

Indéfini(e) Madame Monsieur

Nom (\*)

Nom d'usage

Prénom (\*)

Date de naissance (\*)

Ville de naissance (\*)

**Département de naissance (\*)**

**Pays de naissance (\*)**

**Nationalité (\*)**

**Situation familiale (\*)**

Indéfini(e) Seul(e) sans enfant à charge Couple sans enfant à charge Seul(e) avec enfant(s) à charge Couple avec enfant(s) à charge

**Situation militaire**

Indéfini(e) Exempté ou réformé Service accompli Attestation de recensement (- de 18 ans) Journée d'Appel de la préparation à La Défense (APD) (+ de 18 ans) En attente de l'attestation de recensement

**Adresse (\*)**

**Code postal (\*)**

**Ville (\*)**

**E-mail (\*)**

**Téléphone (\*)**

**Vous êtes titulaire : (\*)**

Indéfini(e) Baccalauréat français Baccalauréat étranger Non titulaire du baccalauréat

Intitulé du baccalauréat

Année d'obtention du baccalauréat

N° INE/NNE/BEA (facultatif)

Nom de l'établissement

Département (pays si étranger)

Est-ce votre première inscription dans l'enseignement supérieur (\*)

Indéfini(e) Oui Non

Si vous avez répondu non, année de votre première inscription dans l'enseignement supérieur

Établissement :

Pays :

Intitulé du dernier diplôme obtenu (\*)

Nom de l'établissement ayant délivré le diplôme (\*)

Département de délivrance du diplôme (pays si étranger) (\*)

Année d'obtention du diplôme : (\*)

Dernier établissement fréquenté (si différent)

Indéfini(e) Lycée (terminale) Université et IUT Paramédical et social Établissement à l'étranger Autre

Nom complet de l'établissement



ÉCOUTEZ LE MOT À SAISIR

Validation de saisie (\*)

