

Merci de compléter tous les champs de la déclaration suivante, en lettres majuscules.

Je soussigné(e),

NOM :

PRENOM :

Né(e) le ___ / ___ / _____

N° INSEE _____

Certifie sur l'honneur avoir fait les démarches nécessaires pour bénéficier de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS), et/ou de la Couverture Maladie Universelle – Complémentaire (CMU-C). Certifie que je ne peux bénéficier de ces dispositifs.

Fait à :

Le : ___ / ___ / _____

Signature :

Cadre réservé à la LMDE

- Etablissement d'enseignement supérieur d'inscription :

.....
.....

- Coordonnées de l'étudiant(e) :

Téléphone :

Courriel :

- Remarques :