

FICHE DE RENSEIGNEMENTS Interne de Médecine Générale

Nom et Prénom \_\_\_\_\_

Nom d'épouse \_\_\_\_\_

Date et Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° Tel 06/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 05/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Situation de famille  Célibataire  Marié  Concubin  Pacsé  Veuf

Nom et Prénom du conjoint \_\_\_\_\_

Employeur du Conjoint \_\_\_\_\_

Public  Privé  CHU  Autres (à préciser)

Enfants

Nom	Prénom	Date de naissance
_____	_____	___/___/___
_____	_____	___/___/___
_____	_____	___/___/___

(Joindre justificatif : copie de l'acte de naissance ou livret de famille)

---

Renseignements complémentaires concernant la personne née hors de France Métropolitaine, qu'il s'agisse de personne de nationalité Française ou Etrangère :

Pays de naissance de l'assuré \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille et

Prénom de la mère \_\_\_\_\_

---

**Je m'engage à respecter les renseignements en vigueur dans les établissements ou j'effectuerai mes différents stages.**

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature