

ENGAGEMENT « AFFILIATION A LA SECURITE SOCIALE ETUDIANTE 2024-2025 »

Destiné uniquement aux étudiants de la 2^{ème} année CPGE n'ayant pas la couverture de la sécurité sociale.

Votre Identité (à compléter en majuscule)

CLASSE : _____

Civilité : Madame Monsieur

NOM de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Lieu de naissance (Département et commune ou Pays de Naissance) : _____

Nationalité : _____

Adresse (en France) : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Numéro de Sécurité sociale : **ABSENT car vous demandez pour la première fois votre affiliation à la sécurité sociale.**

Téléphone : _____

@E-mail (en majuscules) : _____

- **Je m'engage à effectuer les démarches de mon affiliation au régime étudiant de Sécurité Sociale** sur le site dématérialisé :

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F675#1>

- **Je m'engage à présenter au Lycée Buffon, le justificatif de mon affiliation dès réception de l'attestation de mon affiliation à la Sécurité sociale.**

Date : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Signature (de l'étudiant) :

Partie réservée à l'établissement :

Date : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Signature
et cachet de l'établissement :