



# Fiche d'inscription 2024

## 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 :

Signature

Date:

*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](mailto:cmdo@chuv.ch)

**\*AMT000701\***

feuille d'admission