



**Centre Hospitalier**

Boulogne sur Mer

*Direction des Affaires Médicales*

Tél : 03-21-99-37-17

Fax : 03-21-99-37-34

Mail : dam@ch-boulogne.fr

BOULOGNE SUR MER, le \_\_\_\_\_

## INTERNES – ETAT CIVIL ET SITUATION FAMILIALE

Date d'entrée : \_\_\_\_\_

Faculté d'Etat

Service : \_\_\_\_\_

Faculté Libre

Interne de Médecine Générale

Nbre de semestre(s) validé(s) : \_\_\_\_\_

Interne en Pharmacie

Nbre de semestre(s) validé(s) : \_\_\_\_\_

Interne de Spécialité :

Nbre de semestre(s) validé(s) : \_\_\_\_\_

NOM – Prénoms \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Domicile principal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse MAIL : \_\_\_\_\_

Domicile des parents \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale et Adresse de la Caisse : \_\_\_\_\_ Clef : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_ Date et lieu de mariage : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom, Profession du conjoint : \_\_\_\_\_

Enfants :	Nom – Prénom	Date de naissance	Sexe
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(fournir une copie du livret de famille)

**J'atteste sur l'honneur,  
l'exactitude des renseignements,**

*Signature,*