



CENTRE COMMUN
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
L-2975 Luxembourg
Tél.: 40141-1 www.ccss.lu

ASSURANCE OBLIGATOIRE POUR ÉTUDIANTS

1) Données concernant l'assuré

MATRICULE ASSURÉ *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom	_____											
Prénom(s)	_____											
Nom marital	_____											
Rue, Numéro	_____											
Code Postal, Localité	_____										Code Pays	_____

2) Données concernant la période d'études

Date d'inscription :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fin inscription :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>


3) Données supplémentaires

NOM DE L'ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT OU DE FORMATION :	_____
À joindre : Certificat d'inscription ou de scolarité	

Remarque importante:

Tout changement des données concernant l'étudiant, qui intervient au cours des études est à signaler de suite par écrit au Centre commun, notamment les changements d'adresse et l'abandon des études.

Le/la soussigné(e) déclare que toutes les indications qui précèdent sont conformes à la vérité.

_____ , le	_____	_____
Lieu	Date	Signature
	<i>Réservé à l'administration</i>	
Code Archivage C129 (V201403)		

* à défaut de matricule, veuillez indiquer la date de naissance et joignez une copie d'une pièce d'identité officielle (passeport, carte d'identité...)