

MÉDECINS ÉTRANGERS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS (à remplir et signer) (Obligatoire lors du rendez-vous)

Etat-Civil

Nom (de naissance) : Nom (épouse) :.....

Prénoms :

Date de naissance : ____ / ____ / ____ / Lieu de naissance :

Ville: Pays de naissance :

Nationalité :

Adresse Actuelle :

Code postal : __/__/__/__/__/ Ville :.....

N° de téléphone portable : N° de téléphone fixe :.....

Adresse mail :@.....

Date d'entrée en France : ____ / ____ / ____ / Visas : C (touristique) D (long séjour) Sans visas

Avez-vous déjà résidé en France avec un titre de séjour : OUI NON

Si oui, à quelle période

Avec quel type de titre de séjour : N° étranger : __/__/__/__/__/__/__/__/__/__

Vos enfant(s)

Nombre total enfants mineurs : ____/ Nombre total d'enfants majeurs : ____/

Nombre total enfants nés sur le territoire français : ____/ Nombre total enfants vivants sur le territoire français : ____/

Nombre total enfants ayant la nationalité française : ____/ Nombre total enfants hors du territoire français : ____/

Situation Familiale

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Pacsé(e) Concubinage

Votre Conjoint(e) : Nom : Prénoms :

Nationalité : N° étranger : __/__/__/__/__/__/__/__/__/__

Réside en France actuellement : OUI NON Pays de résidence :

Situation professionnelle

PADHUE

Stagiaire associé

FFI

Autres, précisez :

Attaches familiales en France (nom et nombre)

(Père, mère, frères, sœurs, grands-parents, etc)

Attaches familiales dans le pays d'origine (nom et nombre)

(Père, mère, frères, sœurs, grands-parents, etc)

Nature de la demande

1ère demande

Renouvellement

PADHUE

Stagiaire associé

FFI

Autres, (veuillez préciser svp) :

Informations complémentaires

Le demandeur s'exprime-t-il en français : OUI NON

Langue usuelle :

Etudes supérieures effectuées en France d'une durée au moins égale à une année : OUI NON

Diplômes d'études supérieures obtenus en France :

.....

Je soussigné(e), M (Mme).....

certifie l'exactitude des renseignements précités.

Date :

Signature :