

Centre Hospitalier AUNAY-BAYEUX
Direction des Ressources Humaines
Direction des Affaires Médicales
Fiche de renseignements

Médecin Interne Titulaire Stagiaire Contractuel

ETAT CIVIL

Nom _____ Prénom _____
 Nom de jeune fille _____
 Date de Naissance _____ Lieu de naissance _____
 N° de sécurité sociale _____ Nationalité _____
 Adresse _____
 Code postal _____ Ville _____
 Mobile  _____ Téléphone fixe  _____
 Adresse mail  _____

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) depuis le _____
 Concubin(e) depuis le _____ Pacsé (e) depuis le _____
 Divorcé(e) depuis le _____ Veuf (ve) depuis le _____
 Séparé(e) depuis le _____ Dissolution de Pacs depuis le _____

Nom et prénom du conjoint _____

Date de naissance _____

Profession _____ Nom de l'employeur _____

Perçoit-il le supplément familial de traitement (ne concerne que le personnel non médical) ? : oui non

Renseignements concernant les enfants (y compris les enfants non à charge)

Nom et prénom de l'enfant _____

Date de naissance _____ lieu de naissance _____

L'enfant est-il à charge : oui non

Nom et prénom du 2nd parent (si différent du conjoint actuel) _____

Profession _____ employeur _____

Perçoit-il le supplément familial de traitement ? (ne concerne que le personnel non médical) : oui non

Nom et prénom de l'enfant _____

Date de naissance _____ lieu de naissance _____

L'enfant est-il à charge : oui non

Nom et prénom du 2nd parent (si différent du conjoint actuel) _____

Profession _____ employeur _____

Perçoit-il le supplément familial de traitement ? (ne concerne que le personnel non médical) : oui non

Nom et prénom de l'enfant _____

Date de naissance _____ lieu de naissance _____

L'enfant est-il à charge : oui non

Nom et prénom du 2nd parent (si différent du conjoint actuel) _____

Profession _____ employeur _____

Perçoit-il le supplément familial de traitement ? (ne concerne que le personnel non médical) : oui non

Nom et prénom de l'enfant _____

Date de naissance _____ lieu de naissance _____

L'enfant est-il à charge : oui non

Nom et prénom du 2nd parent (si différent du conjoint actuel) _____

Profession _____ employeur _____

Perçoit-il le supplément familial de traitement ? (ne concerne que le personnel non médical) : oui non

Personne de confiance à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom : _____

Mobile _____ téléphone fixe _____

Le cas échéant :

Etes-vous reconnu travailleur handicapé : oui non (si oui, vous pouvez nous transmettre l'attestation de la MDPH)

Numéro Adeli: _____

Numéro RPPS ou licence de remplacement : _____

Je m'engage à signaler à la direction des Ressources Humaines ou à la Direction des Affaires Médicales tout changement concernant mes données personnelles indiquées dans la présente fiche de renseignements.

Le
Signature