



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