



Cofinancé par
l'Union européenne



LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Année scolaire : 2026-2027

N°	Documents à fournir
1	Attestation d'assurance responsabilité civile individuelle pour l'année scolaire en cours
2	Attestation CVEC (Contribution de Vie Etudiante et de Campus)
3	Certificat de scolarité délivré par l'Université
4	<u>Si changement :</u> - Copie d'un justificatif d'adresse de moins de 3 mois (Ex : Cise, EDF, tel...) à votre nom (sinon : attestation d'hébergement avec copie de la pièce d'identité de l'hébergeur + facture à son nom). - RIB à votre nom

 Cofinancé par l'Union européenne	 REGION REUNION rw.regionreunion.com	Institut d'Etudes de Santé  CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE LA RÉUNION Ecole de Sages-Femmes	 UNIVERSITÉ LA RÉUNION École de Sage-Femme
---	--	--	---

FICHE DE RE-INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

Année universitaire 2026-2027

L2 ☐ L3 ☐ M1 ☐ M2 ☐ Doctorat ☐

N° INE

Seulement si vous l'avez

N° Etudiant (UFR)

N° SS

Numéro personnel, obligatoire

Madame ☐ Monsieur ☐

Nom patronymique (de naissance)

Nom marital :

Prénoms :(dans l'ordre de l'état civil – pièce identité)

Date de naissance :/...../.....Département de naissance : Pays de naissance

Ville de naissance :

NATIONALITE – SITUATION FAMILIALE – HANDICAP (joindre justificatif)

Nationalité : ☐ Française ☐ Autre :

☐ Marié/Pacs ☐ Vie maritale ☐ Célibataire ☐ Divorcé ☐ Autres

Etes-vous en situation de **handicap** ? ☐ NON ☐ OUI

Si OUI, fournir un certificat délivré par un médecin agréé de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées. Contacter obligatoirement un référent handicap IES ☎ 0262 35 59 98/0262 35 95 70

COORDONNEES pendant les études (si changement)

Adresse fixe.....

Code postal : Commune.....

☎ fixe :

☎ GSM:.....

Adresse électronique personnelle@.....

Personnes à contacter en cas d'urgence

NOM	PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN PARENTÉ

Enfant : ☐ OUI si oui, nombre ☐ NON

Permis : ☐ OUI ☐ NON Date :

Véhicule 1 :
Modèle : Immatriculation :

Véhicule 2 :
Modèle : Immatriculation :

Je soussigné(e),
Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et confirme mon acceptation
pour intégrer l'ESF du CHU Sud de la Réunion pour l'année universitaire 2026-2027.

Signature de l'étudiant

Saint-Pierre, le...../...../2026