|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| D:\v6547\bureau\SORBONNE_FAC_LETTRES logo sorbonne université1.png |  |  *A retourner avec les documents demandés***:****AU SERVICE DES HEURES COMPLEMENTAIRES EMPLOIS ETUDIANTS- VACATAIRES** |

**1, rue Victor Cousin**

**75230 PARIS Cedex 05**

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## Emploi Etudiant ou Vacataire (travaux de recherche, de traduction, accompagnement musical…)

# Désignation de la composante ou du service : Service des examens de langue française réservés aux étudiants étrangers – SELFEE-Sorbonne

|  |  |
| --- | --- |
| NOM : ESPLENDIU | NOM de naissance :  |

**Prénoms** *(souligner l'usuel)* :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date de naissance :** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Lieu : |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nationalité : | [ ]  | Française |
|  | [ ]  | Union européenneAutre |  Pour les étrangers, la présentation d’une autorisation provisoire de travail d’une durée égale à celle du contrat conditionne la validité du contrat. Toute période non couverte par une autorisation provisoire de travail entraîne du recrutement et rémunérations. Cette obligation ne concerne pas les ressortissants des pays membres de l’UE ou ayant conclu avec la France un accord de libre circulation des travailleurs.  |
|  | [ ]  |

**Adresse** :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Code Postal : |  |  |  |  |  |  | Ville : |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Téléphone : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Adresse électronique** :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° Sécurité Sociale :**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *( Joindre photocopie de la carte d’assuré social et copie de la carte vitale)* |

**N° de Compte Courant Postal ou Bancaire** :

*( Joindre impérativement RIP ou RIB Original)*

**Situation de famille :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Célibataire | [ ]  | Marié(e) | [ ]  | Divorcé(e) | [ ]  |
| Vie maritale ou PACS | [ ]  | Séparé(e) | [ ]  | Veuf(ve) | [ ]  |

Nombre d’enfant à charge : 0

**Personne à prevenir en cas d'accident :**

NOM / Prénom : Madame Anaëlle LINCOT

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° de téléphone : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Je soussigné(e), Camille Esplendiu**certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.* | Signature : | A , le |