

Service Mutualisation

RECRUTEMENT AED
FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ANNEE 2024/2025

NOM : _____ **PRENOM :** _____

NOM de jeune Fille : _____

Date de naissance : ___/___/___ **Lieu :** _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Ville :** _____

Téléphone : ___/___/___/___/___ **Mail :** _____

N° de sécurité sociale : ___/___/___/___/___/___/___/___

Situation de famille : _____

Enfants :

Nom et prénom

date de naissance

___/___/___

___/___/___

___/___/___

___/___/___

Diplômes : _____

POSTES OCCUPES PRECEDEMENT :

Période	Nom, adresse et numéro de téléphone	Quotité

Personne à contacter en cas d'urgence : Nom _____ Prénom _____ Tél _____

Fait à _____ **le** _____

Signature :