



Entité d'application : C.H.U. de Bordeaux
Emetteur : Direction des Affaires Médicales

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT

**Imprimé de changement de situation de famille
Personnel médical**

Nom d'usage
Nom patronymique
Prénom
Code Agent N° Sécurité sociale
Grade Service ou Pôle
Adresse personnelles : N° et nom de la rue
Code postal Commune

- Marié (e)** le
- Veuf (ve)** le
- Divorcé (e)** le
- Séparé(e) judiciairement** le
- Concubinage** le
- PACS** le

(joindre pièce justificative. Pour un divorce ou séparation, joindre **impérativement** un extrait du jugement provisoire ou définitif précisant à qui sont confiés les enfants et l'usage du nom).

Souhaite porter le nom d'usage :

Renseignement concernant le conjoint ou le concubin

Nom et Prénom Lieu et date de naissance

Profession exercée Employeur

Si conjoint ou concubin au CHU, indiquez son code agent **et** fournir une attestation de non versement supplément familial de traitement du conjoint.

Renseignement concernant les enfants

NOM	PRENOM	DATE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE	à CHARGE	S.F.T. (Attestation Employeur à fournir)	
					OUI	NON

Mon changement d'identité bancaire ou postal (obligatoire mariage et divorce) a été effectué : **oui** **non**

(Joindre un RIB ou un RIP)

Certifié sincère, à le
Signature

Document à remettre à la Direction des Affaires Médicales