

**CAPRINS**  
 **UCARE 70 h**

**Cette fiche est à retourner le plus rapidement possible pour confirmer la demande d'inscription**

NOM : Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse personnelle :

Téléphone :

E-mail :

N° de Sécurité Sociale ou M.S.A. :

Situation de famille : (1) Marié(e) - Célibataire - Concubin

Nombre d'enfant(s) à charge :

Situation militaire (1) :

S.M. effectué du : au : - Sursitaire - Dispensé - Réformé

Dernière classe fréquentée :

Date de sortie de la formation initiale :

Etablissement :

Diplômes obtenus :

Avez-vous suivi un stage de formation ?

Si oui, lequel (nature, dates) :

(1) Rayez les mentions inutiles.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
Signature, \_\_\_\_\_