



DEMANDE DE FONDS DE SECOURS ETUDES « MUTEXAM »

A retourner accompagnée des pièces justificatives

par voie postale à : LMDE – Mutuelle Intérieure – Aides sociales - 32 rue Blanche 75009 Paris

ou par mail à contact-lmde@meservices.fr en précisant pour objet de mail : « Demande d'aides sociales »

Nom :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Téléphone portable:

N° de Sécurité sociale :

Adresse Mail :

N° d'adhérent :

Situation familiale de l'étudiant (à compléter) :

Célibataire [] – Marié(e) ou vivant maritalement [] – veuf (ve) ou divorcé(e) []

Combien d'enfants à charge avez-vous ? Avez-vous d'autres personnes à charge ?

Indiquez la profession de votre conjoint ou concubin :

Situation financière de l'étudiant (Ne pas oublier de joindre les justificatifs)

RESSOURCES	Bourse	Aide parentale ⁽¹⁾	Aide	Salaire ⁽²⁾	C.A.F	Divers	TOTAL
ETUDIANT							
CONJOINT - CONCUBIN							
PARENTS (Si vous êtes à la charge de vos parents)							

CHARGES	Loyer	Charges (élect. gaz, eau)	Prêt	Dettes	Impôts	Divers	Total
ETUDIANT							
CONJOINT - CONCUBIN							
PARENTS (Si vous êtes à la charge de vos parents)							

(1) Joindre une attestation sur l'honneur

(2) Joindre votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition ou celui de vos parents si vous êtes rattaché(e) à leur foyer fiscal.

Remarques particulières concernant votre situation financière :

.....

.....

.....

Situation scolaire ou universitaire

MOTIF DE NON PRESENTATION AUX EXAMENS (Cocher la case correspondante à votre situation)	PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE
☐ Décès d'un parent : ☐ père ☐ mère ☐ enfant ☐ frère ☐ sœur ☐ conjoint	1. Un certificat de décès 2. Une pièce d'état civil précisant le lien de parenté (livret de famille, certificat de mariage, etc...)
☐ Maladie	1. Certificat médical constatant l'incapacité physique de passer les examens (de la session finale et/ou de la session de rattrapage) et précisant le motif. 2. En cas d'hospitalisation consécutive à une maladie, un bulletin d'entrée et de sortie de l'établissement d'hospitalisation mentionnant l'éventuel acte opératoire ainsi qu'un certificat indiquant la cause de l'hospitalisation.
☐ Accident	1. Un certificat médical descriptif des blessures 2. Un certificat médical constatant l'incapacité physique de passer les examens (de la session finale et de la session de rattrapage). 3. En cas d'hospitalisation consécutive à un accident, le bulletin d'entrée et de sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Vous avez coché la case « accident », complétez l'encadré ci-dessous

Jour Mois Année Heure Min. Date de l'accident : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Lieu de l'accident : Rue : Commune : Département _ _ Y-a-t-il eu CONSTAT ou ENQUÊTE (Police ou gendarmerie) ? (si oui, joindre la copie du procès-verbal) Causes et circonstances de l'accident :
--

ETUDES

Année universitaire 2023/2024

Etablissement d'enseignement :

Adresse :

Etudes suivies :

Cycle : | | Année du cycle : | |

Diplôme préparé |

Durée de l'année d'études : ☐ supérieure à 1 semestre ☐ inférieure à 1 semestre

Joindre l'attestation d'inscription 2023/2024 ci-jointe dûment RENSEIGNEE **OBLIGATOIREMENT** PAR VOTRE **ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT**

Année universitaire 2024/2025

Etablissement d'enseignement :

Adresse :

Etudes suivies :

Cycle : | | Année du cycle : | |

Diplôme préparé |

Durée de l'année d'études : ☐ supérieure à 1 semestre ☐ inférieure à 1 semestre

Joindre l'attestation d'inscription 2024/2025 ci-jointe dûment RENSEIGNEE **OBLIGATOIREMENT** PAR VOTRE **ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT**

Montant et nature des frais liés à la réinscription (droits universitaires, fournitures scolaires, loyer logement étudiant etc.)

(NE PAS OUBLIER DE JOINDRE LES JUSTIFICATIFS)

Montant	Nature



J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et reconnais avoir pris connaissance du règlement du Fonds de secours Etudes « MUTEXAM » (article 30 du règlement mutualiste LMDE).

Les informations recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement informatique et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la passation, la gestion et l'exécution du contrat. La base légale des traitements mentionnés est l'exécution du contrat. La Mutuelle sera également susceptible de traiter vos données dans le cadre de contentieux, contre la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, afin de se conformer aux réglementations applicables.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL ou la loi.

Elles seront éventuellement communiquées aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, administrations, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations.

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès ou choisir d'en limiter l'usage. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez exercer vos droits par email (dpo@interiale.fr) ou par courrier (LMDE – Mutuelle Intériale - DPO - 32 RUE BLANCHE - 75009 PARIS).

En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL. Pour plus d'informations, consultez <https://www.lmde.fr/donnees-personnelles>

A :, le Signature :



ATTESTATION D'INSCRIPTION

Document à faire compléter par l'établissement d'enseignement supérieur fréquenté par l'étudiant au titre de l'année universitaire 2024/2025

Nous, soussigné, (précisez le nom de l'établissement et l'adresse)

.....
.....

Attestons que l'étudiant, (précisez le nom et prénom de l'étudiant)

.....

=> **Est régulièrement inscrit en :** (précisez le diplôme préparé)

Cycle : |_____| Année du cycle : |_____|

Durée de l'année d'études : ☐ inférieure à 1 semestre ☐ supérieure à 1 semestre

=> **Et aux examens sanctionnant l'année d'études :** OUI ☐ NON ☐

=> **Ne s'est pas présenté aux examens de fin d'année :**

☐ Session finale se déroulant du* ____/____/____ au ____/____/____

☐ Session de rattrapage et du* ____/____/____ au ____/____/____

***NB : LES DATES D'EXAMENS DOIVENT ETRE OBLIGATOIREMENT PRECISEES**

Fait à, le ____/____/____

Cachet et signature de l'établissement d'enseignement.



ATTESTATION DE REINSCRIPTION

Document à faire compléter par l'établissement d'enseignement supérieur fréquenté par l'étudiant au titre de l'année universitaire 2024/2025

Nous, soussigné, (précisez le nom de l'établissement et l'adresse)

.....
.....

Attestons que l'étudiant, (précisez le nom et prénom de l'étudiant)

.....
.....

est régulièrement inscrit en (précisez le diplôme préparé)

.....
.....

Cycle : | _____ |

Année du cycle : | _____ |

Durée de l'année d'études en 2024/2025 :

☐ Inférieure à 1 semestre

☐ Supérieure à 1 semestre

Fait à, le ____/____/____

Cachet et signature de l'établissement d'enseignement.