UNIL | Université de Lausanne

Faculté de biologie et de médecine
École de médecine
Rue Dr César-Roux 19
CH-1005 Lausanne

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE – VACCINATION
École de médecine - FBM

SITUATION PERSONNELLE

Nom		Prénom	
Date de naissance		Nationalité	
État civil		Étrangers permis	
Adresse : c/o		Téléphone	
Rue			
No postal		Lieu	
Domicile des parents			
E-mail			
Banque		Succursale de	
IBAN			

SITUATION FAMILIALE

	Nom	Prénom	Date de naissance	Employeur
Père				
Mère				
Époux(se)				
Ami(e) cohabitant avec le requérant				
Frères et sœurs				
Enfants				

SITUATION FINANCIÈRE

Suivez-vous un traitement médical ?

❒ non ❒ oui type :

Excercez-vous actuellement une activité rémunérée ?

❒ non ❒ oui Où ?

Avez-vous exercé une activité lucrative supplémentaire pendant les dernières vacances ?

❒ non ❒ oui Où ?

Recevez-vous une bourse ?

❒ non ❒ oui Si oui, de quel organisme ?

Quel montant ?

Autres dépenses particulières

UNIL | Université de Lausanne

Faculté de biologie et de médecine
École de médecine
Rue Dr César-Roux 19
CH-1005 Lausanne

FRAIS VACCINATION
(détail)

Médecin/organisme	Examen/vaccin	Frais (CHF)

AIDE FINANCIÈRE DEMANDÉE DE : **CHF**

REMARQUES :

Je certifie que les déclarations ci-dessus sont exactes :

Lieu et date : ..... SIGNATURE : .....

ANNEXES A JOINDRE AVEC LA DEMANDE :
- ATTESTATION D'OCTROI OU DE REFUS DE BOURSE
- ATTESTATION DE SALAIRE

L'École de médecine s'autorise à vous demander des compléments d'information si nécessaire.

DÉCISION D'OCTROI : **CHF**

Date : ..... Dossier traité par : .....